



**UNIVERSITAT JAUME I**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

**PROYECTO MAMÁFELIZ:  
ESTUDIO SOBRE LA SALUD MENTAL PRENATAL  
A TRAVÉS DE INTERNET**

TESIS DOCTORAL  
**Presentada por:**  
Laura Andreu Pejó

**Dirigida por:**  
Dra. Azucena García-Palacios  
Dr. Jorge Javier Osma López

Castellón, Junio 2017



## AGRAÏMENTS

*És aquest el moment en el que mirant enrere puc observar amb serenitat el camí recorregut durant aquests quatre anys. Ha sigut un camí llarg, en el que de manera paral·lela al desenvolupament d'aquesta tesi, han tingut lloc molts esdeveniments, tant de bons com de no tant bons, que han marcat la meua vida, i de fons, com una mena de cançó que acompanya a tot arreu, sempre ha estat la perseverança de portar a bon terme la decisió de fer aquest treball. No obstant això, aquest objectiu no s'haguera vist mai complit sense l'ajuda de moltes persones.*

*En primer lloc, vull donar les gràcies als meus directors, la Dra Azucena García-Palacios, per no dubtar ni un moment a acceptar la meua proposta d'emprendre aquest treball, per la seua saviesa, dedicació, sensatesa i per la il·lusió i positivisme que sempre m'ha transmés, i al Dr Jorge Osma López, per ensenyar-me i guiar-me des de l'inici d'aquest projecte, per la seua inesgotable energia, capacitat de treball i paciència en els moments de crisi. Agraïsc als dos la confiança dipositada en mi durant tot aquest temps. Em senc immensament afortunada d'haver-los tingut com a directors.*

*En segon lloc, vull donar les gràcies a tot l'equip que forma part de Labpsitec Laboratori de Psicologia i Tecnologia per rebre'm sempre amb un somriure i no dubtar a prestar-me la seua ajuda. De manera especial he d'agrair la inestimable ajuda de Carlos Suso, sense ell haguera sigut impossible posar ordre a tots els càlculs que calia fer al estudi, per el seu bon humor, paciència, dedicació i perquè entre rialles he après molt. També a Diana per la seua gran ajuda que de manera desinteressada m'ha oferit sempre que l'he necessitada.*

*També es mereixen el meu agraïment totes aquelles dones que han participat en l'estudi, pel seu interès i el seu temps, és per elles que tot l'esforç val la pena.*

*Tan mateix, vull agrair a totes aquelles amigues i companyes de treball que s'han preocupat per mi durant aquest temps, que m'han escoltat, m'han donat suport i sempre han disculpat les meues absències. De manera molt especial, a Adri, gran amiga, que des del primer minut en què tot va començar ha estat sempre al meu costat, no només ajudant-me i ensenyant-me, si no també recolzant-me i transmetent-me la força i ànim que necessitava des de l'estima d'una bona amiga.*

*De la mateixa manera vull agrair a la meua família, especialment a mon pare, ma mare i la meua germana Elia per tot el recolzament i tota l'estima que m'han oferit sempre en tot i cadascun dels projectes que he emprès al llarg dels anys i en particular, per a l'elaboració de la tesi, per ser pacients i comprensius amb mi. També a Draco que encara que ja no està entre nosaltres, m'ha acompanyat a tot arreu durant onze anys, per totes les hores d'estudi que ha estat al meu costat i tot l'amor que m'ha donat sempre.*

*Finalment, he de donar les gràcies al meu marit, amic i company de vida, Ramón, perquè per damunt de tot sempre em dóna l'amor, la comprensió i la tranquil·litat que necessite, per ser pacient i assumir responsabilitats per oferir-me més i més temps i sobretot per creure en mi, per fer-me créixer i per valorar els meus esforços.*





## ÍNDICE

MARCO TEÓRICO .....	1
Introducción .....	1
1 La atención materno-infantil .....	4
1.1 Atención a la Salud Mental Perinatal. Panorama europeo e internacional .....	6
1.1.1 La Organización Mundial de la Salud .....	7
1.1.2 National Institute for Health and Clinical Excellence .....	11
1.1.3 National Health and Medical Research Council in Australia .....	16
1.1.4 Principales organismos de atención a la salud mental perinatal en Estados Unidos .....	25
1.2 Atención a la Salud Mental Perinatal en el Sistema Sanitario Español .....	29
1.3 Hacia una visión integradora. Propuesta de la Sociedad Marcé Internacional para la Salud Mental Perinatal .....	36
2 Periodo prenatal: El embarazo y la depresión .....	43
2.1 Aspectos biológicos del embarazo normal .....	43
2.2 Importancia de la función hormonal en el estado emocional prenatal de la mujer .....	44
2.2.1 Estrógenos/Progesterona .....	44
2.2.2 Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal .....	46
2.2.3 Oxitocina .....	49
2.3 Aspectos destacados de la neurobiología de la depresión en el periodo prenatal. ....	50
2.4 Hallazgos genéticos relacionados con la depresión prenatal .....	53
3 Psicopatología perinatal .....	56
3.1 La depresión prenatal .....	56
3.1.1 Evolución de los criterios diagnósticos de la depresión relacionada con el periodo perinatal .....	56
3.1.2 Prevalencia de la depresión prenatal .....	62
3.1.3 Sintomatología relacionada con la depresión prenatal .....	68
3.1.4 Factores etiológicos de la depresión prenatal .....	69
3.2 Diferenciación conceptual: Tristeza Posparto, Depresión Posparto y Psicosis puerperal .....	73
3.2.1 Tristeza Posparto .....	73
3.2.2 Depresión Posparto .....	77
3.2.3 Psicosis puerperal .....	80
3.3 Otros trastornos psicopatológicos de interés .....	82
3.3.1 La ansiedad prenatal .....	82
3.4 Comorbilidad entre la depresión y la ansiedad prenatal .....	94
3.5 Trastornos psicopatológicos menos prevalentes .....	98
3.5.1 Trastornos de ansiedad .....	98
3.5.2 Trastornos de la conducta alimentaria .....	99
3.5.3 Trastornos de personalidad .....	99
4 Factores de riesgo de la depresión prenatal .....	101
4.1 Antecedentes psicopatológicos .....	104
4.2 Importancia de los aspectos sociales y culturales en la salud emocional maternal .....	106
4.3 Factores sociodemográficos .....	111
4.3.1 Nivel socioeconómico .....	111

4.3.2	Edad .....	115
4.3.3	Estado civil .....	116
4.3.4	Cobertura Sanitaria.....	117
4.4	Apoyo social .....	118
4.5	Relación de pareja y ajuste marital .....	122
4.6	Apego y relación con la propia madre .....	127
4.7	Deseabilidad e intencionalidad del embarazo .....	128
4.8	Eventos vitales estresantes .....	131
4.9	Violencia doméstica .....	133
4.10	Antecedentes de abusos en la infancia .....	134
4.11	Estilo de afrontamiento .....	135
4.12	Personalidad .....	139
4.13	La ansiedad materna.....	141
4.14	Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos .....	141
4.15	Hábitos de Salud .....	142
4.15.1	Consumo de tabaco .....	142
4.15.2	Consumo de alcohol .....	143
4.15.3	Consumo de drogas .....	144
4.16	Factores de riesgo obstétricos .....	144
4.16.1	Paridad.....	144
4.16.2	Otros factores obstétricos .....	145
5	Consecuencias de la depresión prenatal sobre la salud del feto y el niño/a	148
5.1	Resultados adversos a nivel obstétrico y sobre la conducta materno-infantil ..	149
5.2	Efectos adversos sobre el crecimiento y desarrollo del feto hasta el recién nacido .....	151
5.3	Efectos adversos en la infancia y la adolescencia .....	155
5.4	Factores causales y mediacionales entre la psicopatología materna y los efectos adversos en la descendencia .....	162
6	Evaluación del estado psicológico prenatal .....	169
6.1	Entrevistas clínicas diagnósticas.....	169
6.2	Escalas .....	173
6.2.1	Escalas de observación .....	173
6.2.2	Escalas auto-aplicadas .....	175
6.3	Escalas específicas para la evaluación psicológica perinatal.....	183
6.3.1	Escalas auto-aplicadas para la evaluación de la depresión perinatal.....	183
6.3.2	Escalas auto-aplicadas para la evaluación psicosocial y psicopatológica perinatal .....	186
7	Prevención y detección precoz de la depresión prenatal .....	191
7.1	Importancia de la prevención de la depresión.....	191
7.1.1	La prevención de la depresión general a nivel internacional y nacional...	194
7.1.2	Intervenciones preventivas dirigidas a la depresión prenatal.....	197
7.2	La detección precoz de la depresión prenatal .....	214
7.2.1	Estudios de Control Aleatorio sobre los programas de screening para la depresión perinatal .....	219
7.2.2	Hacia una evaluación psicosocial integrada de la depresión perinatal .....	226
7.3	Barreras y factores facilitadores relacionados con la atención a la salud mental perinatal.....	231
7.3.1	Barreras y facilitadores en el acceso a la atención.....	231
7.3.2	Barreras y factores facilitadores respecto a las intervenciones de screening .....	233

7.3.3	Barreras y facilitadores relacionados con el tratamiento .....	235
8	Aplicación y utilidad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la Salud Materno-Infantil .....	243
8.1	Tecnologías de la Información y Comunicación en la Salud .....	243
8.2	Tecnologías de la Información y Comunicación en Salud Mental .....	245
8.2.1	Estudios sobre el uso eficaz de las TIC's en el screening, la prevención y el tratamiento de trastornos psicológicos .....	248
8.3	Prevención de la depresión prenatal a través de las TIC's .....	255
8.3.1	Programas auto-aplicado basados en las TIC's para la prevención y tratamiento de la depresión perinatal .....	258
8.3.2	Herramientas de salud prenatal alternativas basadas en las TIC's.....	262
8.4	Hacia el desarrollo tecnológico de la atención a la salud mental prenatal .....	264
	MARCO EXPERIMENTAL .....	269
9	Objetivo e hipótesis .....	269
9.1	Objetivo general: .....	269
9.2	Objetivos específicos: .....	270
9.3	Hipótesis .....	270
10	Método .....	271
10.1	Reclutamiento y selección de la muestra.....	271
10.2	Descripción de la muestra .....	273
10.2.1	Variables sociodemográficas.....	273
10.2.2	Variables Obstétricas .....	275
10.3	Descripción del programa MamáFeliz.....	276
10.3.1	Desarrollo del programa de evaluación psicológica MamáFeliz.....	277
10.4	Instrumentos de medida y evaluación .....	283
10.4.1	Entrevistas.....	283
10.4.2	Escalas para las variables psicopatológicas.....	284
10.5	Diseño del estudio .....	297
10.6	Descripción de los análisis estadísticos .....	299
10.6.1	Estadísticos descriptivos de las variables obstétricas, antecedentes médicos, hábitos de salud, área social y psicopatológicas.....	299
10.6.2	Diferencias en las variables de estudio entre las mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos .....	299
10.6.3	Correlaciones entre las variables independientes del estudio y las variables dependientes de estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social.....	300
10.6.4	Factores asociados con la salud mental en el periodo prenatal de la mujer: análisis multivariante.....	300
10.6.5	Evolución de las variables psicopatológicas de las mujeres a lo largo del periodo prenatal.....	301
10.6.6	Evolución en la sintomatología depresiva de las mujeres a lo largo del periodo prenatal.....	301
11	Resultados .....	303
11.1	Estadísticos descriptivos.....	303
11.1.1	Variables obstétricas.....	303
11.1.2	Antecedentes médicos.....	304
11.1.3	Hábitos de salud.....	306
11.1.4	Área social .....	307
11.1.5	Variables psicopatológicas.....	308

11.2	Diferencias en las variables a estudio entre las mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos.....	310
11.2.1	Variables sociodemográficas .....	311
11.2.2	Variables obstétricas .....	312
11.2.3	Antecedentes médicos .....	314
11.2.4	Hábitos de salud .....	315
11.2.5	Área social.....	316
11.2.6	Variables psicopatológicas .....	317
11.3	Correlaciones entre las variables independientes del estudio y las variables dependientes de estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social .....	319
11.3.1	Correlaciones entre variables sociodemográficas y variables dependientes.. .....	319
11.3.2	Correlaciones entre variables obstétricas y variables dependientes .....	322
11.3.3	Correlaciones entre las variables de antecedentes médicos, hábitos de salud y área social y las variables dependientes.....	325
11.3.4	Correlaciones entre las variables psicopatológicas independientes y las variables dependientes .....	328
11.4	Factores asociados a la salud mental en el periodo prenatal de la mujer: análisis multivariante.....	335
11.4.1	Factores asociados a la sintomatología depresiva .....	335
11.4.2	Factores asociados al ajuste .....	339
11.4.3	Factores asociados al funcionamiento social .....	342
11.5	Evolución de las variables psicopatológicas de las mujeres a lo largo del periodo prenatal .....	345
11.6	Evolución en la sintomatología depresiva en las mujeres a lo largo del periodo prenatal .....	347
12	Discusión .....	348
12.1	Descripción de la muestra de estudio.....	348
12.2	Diferencias entre las mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos.....	358
12.3	Relaciones entre las variables independientes y las variables dependientes de estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social .....	366
12.4	Factores asociados a la salud mental en el periodo prenatal de la mujer ....	378
12.5	Evolución de las variables psicopatológicas de las mujeres a lo largo del periodo prenatal .....	384
12.6	Evolución en la sintomatología depresiva en las mujeres a lo largo del periodo prenatal .....	387
13	Conclusiones e implicaciones.....	392
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	397
	ANEXO 1: Acceso y registro en el programa online MamáFeliz.....	478
	ANEXO 2: Fases de evaluación del programa MamáFeliz.....	479
	ANEXO 3: Entrevista Obstétrica .....	480
	ANEXO 4: Entrevista Clínica.....	488
	ANEXO 5: Medidas de autoinforme sobre personalidad .....	492
	ANEXO 6: Medidas de autoinforme sobre las estrategias de afrontamiento y regulación emocional.....	497

ANEXO 7: Medidas de autoinforme sobre eventos adversos estresantes .....	503
ANEXO 8: Medidas de autoinforme sobre estado de ánimo y ansiedad.....	504
ANEXO 9: Medidas de autoinforme sobre el nivel de ajuste .....	510
ANEXO 10: Medidas de autoinforme sobre el funcionamiento social.....	512

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Principios de la Organización Mundial de la Salud para el cuidado perinatal .....	9
Tabla 2- Evaluación del estado emocional de la mujer según la <i>Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance Clinical guidelines</i> .....	14
Tabla 3- Evaluación psicosocial prenatal. Elaborado a partir de <i>Antenatal Care Module I</i> (NHMRC, 2012).....	18
Tabla 4- Evaluación psicosocial prenatal (NHMRC, 2012) (Continuación).....	19
Tabla 5- Descripción de la atención a la salud mental en el periodo perinatal. Elaborado a partir de la GPC <i>Depression and related disorders (anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals</i> (NHMRC, 2012) .....	21
Tabla 6- Resumen de las directrices para la evaluación de los factores psicosociales según la GPC <i>Depression and related disorders (anxiety, bipolar, disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period.</i> (NHMRC, 2012).....	22
Tabla 7- Resumen de las directrices para la detección de síntomas de depresión ansiedad según según la GPC <i>Depression and related disorders (anxiety, bipolar, disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period.</i> (NHMRC, 2012).....	23
Tabla 8- Respuestas adecuadas para las evaluaciones. CPG <i>Depression and related disorders (anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period.</i> (NHMRC, 2012) .....	24
Tabla 9- Recomendaciones según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) .....	35
Tabla 10- Declaración del posicionamiento de la Sociedad Marcé Internacional 2013 (Farré-Sender, Farré y Subirá, 2014) .....	41

Tabla 11- Subtipos de depresión en el DSM-IV TR.....	59
Tabla 12- Factores de riesgo o pronóstico de la depresión según DSM-5.....	61
Tabla 13- Clasificación intervención preventiva .....	192
Tabla 14- Barreras y factores facilitadores de la atención a la Salud Mental Perinatal .....	241
Tabla 15- Puntos básicos de la e-Salud Mental sobre las aplicaciones de screening .....	251
Tabla 16- Descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra .....	274
Tabla 17- Descriptivos de las variables obstétricas de la muestra .....	275
Tabla 18- Estadísticos descriptivos de las variables obstétricas relacionadas con la conducta materna (N=266) .....	304
Tabla 19- Estadísticos descriptivos sobre la ambivalencia afectiva respecto al embarazo (N=266).....	304
Tabla 20- Descriptivos de las variables sobre antecedentes médicos (N=266)..	305
Tabla 21- Consumo de psicofármacos en las mujeres en algún periodo de su vida (N=266).....	305
Tabla 22- Descriptivos de las variables relacionadas con hábitos de salud antes y durante del embarazo.....	306
Tabla 23-Descriptivos de las variables del área social .....	307
Tabla 24- Estadísticos descriptivos de las variables psicopatológicas .....	309
Tabla 25- Resultados sobre los criterios DSM-IV para EDM según la entrevista SCID-I .....	310
Tabla 26- Resultados sobre la sintomatología depresiva según EPDS y BDI-II ...	310
Tabla 27- Diferencias en las variables sociodemográficas en las mujeres con y sin síntomas depresivos.....	311
Tabla 28- Diferencia en la edad en las mujeres con y sin síntomas depresivos .	311
Tabla 29- Diferencias en las variables obstétricas en las mujeres con y sin síntomas depresivos.....	313
Tabla 30- Diferencias en conductas maternas en las mujeres con y sin síntomas depresivos .....	313
Tabla 31- Diferencias en la ambivalencia afectiva respecto al embarazo en las mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos.....	313

Tabla 32- Diferencia en las variables sobre antecedentes médicos en las mujeres con y sin síntomas depresivos.....	314
Tabla 33- Diferencia en el consumo de psicofármacos en algún periodo de su vida en las mujeres con y sin síntomas depresivos .....	315
Tabla 34- Diferencias en las variables sobre hábitos de salud antes del embarazo en las mujeres con y sin síntomas depresivos .....	316
Tabla 35- Diferencia en las variables sobre hábitos de salud durante el embarazo en las mujeres con y sin síntomas depresivos .....	316
Tabla 36- Diferencias en el área social en las mujeres con y sin síntomas depresivos .....	316
Tabla 37- Diferencias en las variables psicopatológicas en las mujeres con y sin síntomas depresivos.....	318
Tabla 38- Correlaciones entre variables sociodemográficas y variables de estado de ánimo y ajuste .....	320
Tabla 39- Correlaciones entre variables sociodemográficas y variables de funcionamiento social .....	321
Tabla 40- Correlaciones entre las variables obstétricas y las variables de estado de ánimo y ajuste .....	323
Tabla 41- Correlaciones entre las variables obstétricas y las variables de funcionamiento social .....	324
Tabla 42- Correlaciones entre las variables de antecedentes médicos, hábitos de salud, área social y las variables de estado de ánimo y ajuste .....	326
Tabla 43- Correlaciones entre las variables de antecedentes médicos, hábitos de salud, área social y funcionamiento social.....	327
Tabla 44- Correlaciones entre las variables de personalidad y las variables dependientes de estado de ánimo y ajuste .....	329
Tabla 45- Correlaciones entre las variables de personalidad y las variables dependientes de funcionamiento social .....	330
Tabla 46- Correlaciones entre las variables de afrontamiento y las variables dependientes de estado de ánimo y ajuste .....	332
Tabla 47- Correlaciones entre las variables de afrontamiento y las variables dependientes de funcionamiento social (N=224) .....	333

Tabla 48- Correlaciones entre eventos adversos y las variables dependientes de estado de ánimo y ajuste .....	334
Tabla 49- Correlaciones entre eventos adversos y las variables dependientes de funcionamiento social (n=224).....	334
Tabla 50- Modelo de regresión para EPDS.....	336
Tabla 51- Modelo de regresión para BDI-II .....	338
Tabla 52- Modelo de regresión para Escala de Inadaptación .....	340
Tabla 53- Modelo de regresión para calidad de vida .....	341
Tabla 54- Modelo de regresión para Ajuste Marital .....	343
Tabla 55- Modelo de regresión para apoyo social percibido (MSPSS total).....	344
Tabla 56- Evolución de las variables psicopatológicas de la primera a la segunda evaluación (medias, desviaciones típicas, correlación, pruebas <i>t</i> y significación) .....	346

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Posibles mecanismos que subyacen a la asociación de los trastornos psiquiátricos de los padres y los resultados en los niños/as (Stein et al., 2014) 163	163
Figura 2- Bienvenida y registro en MMF I .....	277
Figura 3- Bienvenida y registro en MMF II .....	277
Figura 4- Sobre la aplicación MMF I .....	278
Figura 5- Sobre la aplicación MMF II .....	278
Figura 6- Aceptación y condiciones de participación en MMF .....	278
Figura 7- Registro en MMF.....	279
Figura 8- Inicio de la evaluación en MMF .....	279
Figura 9- Procedimientos de valuación en MMF .....	280
Figura 10-Evaluación sociodemografica, obstétrica y médica en MMF .....	280
Figura 11- Evaluación psicológica en MMF .....	281
Figura 12 Feedback sobre el estado de ánimo y derivación .....	281
Figura 13- Aviso para próxima evaluación en MMF.....	282
Figura 14- Fin del programa de evaluación MMF .....	282
Figura 15- Diagrama de flujo de participantes.....	298
Figura 16- Evolución de los síntomas depresivos .....	347







## **MARCO TEÓRICO**

### **Introducción**

El embarazo es un periodo de la vida de la mujer caracterizado por múltiples cambios físicos y emocionales que confluyen para favorecer la adaptación de la mujer a su nuevo rol de madre en un contexto sociocultural único. A medida que acontecen dichos cambios algunas mujeres experimentan ciertas dificultades que, en ocasiones, pueden propiciar la aparición de alteraciones emocionales de diversa importancia. De entre las alteraciones emocionales más prevalentes se encuentra la depresión. Las cifras de prevalencia de la depresión prenatal se sitúan entre el 6-20% (p.ej, Bennet et al., 2004a; Gavin et al., 2005; Shakeel et al., 2015). Estos datos sitúan la depresión prenatal como uno de los problemas de salud mental más importantes a nivel mundial por las importantes consecuencias sobre la salud de la propia mujer y el futuro bebé, tanto a corto como a largo plazo.

A pesar de su alta prevalencia y relevancia, las alteraciones emocionales perinatales siguen pasando desapercibidas, infradiagnosticadas y, por tanto, no tratadas. Todavía hoy existen multitud de barreras de diferente índole que impiden que una atención integral óptima llegue a todas las mujeres que se encuentran en la etapa prenatal, y que hace que alrededor del 65% de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo no sean diagnosticadas (Ko, Farr, Dietz y Robbins, 2012).

La realidad sanitaria actual muestra un enfoque fundamentalmente biológico que consolida la concepción del embarazo como un hecho meramente médico, dejando al margen factores importantes de la vida de las mujeres como el trabajo, el nivel de estrés, sus experiencias previas, el estado emocional o el aprendizaje sociocultural, factores que pueden ser determinantes en la evolución del proceso de convertirse en madre.

Una perspectiva que incluya la valoración del estado emocional de las mujeres durante su embarazo, así como los aspectos sociales y culturales en los que se circunscribe, es la que debería imperar en nuestro sistema sanitario, una propuesta que consiga una mayor humanización en la atención prenatal. Así pues, debemos reconocer el creciente interés por parte de los organismos sanitarios responsables que, tanto a nivel mundial como a nivel europeo, proponen iniciativas para favorecer el avance de la atención a la salud mental de la mujer. No obstante, es mucho el trabajo que queda por delante y una de las propuestas en firme es abogar por las políticas de prevención.

Afrontar el tema de la depresión perinatal desde la perspectiva preventiva teniendo en cuenta sus tres niveles: *prevención primaria*, con el objetivo de reducir su incidencia; *prevención secundaria*, dirigida a las mujeres que poseen algún factor de riesgo o que presentan síntomas subclínicos; y *prevención terciaria*, la cual pretende minimizar las limitaciones producidas por un trastorno ya instaurado; puede ser el punto de partida para llevar a cabo estrategias y herramientas para detectar a las mujeres en riesgo de depresión y el diseño de programas de prevención con intervenciones basadas en la evidencia, que sean costo-efectivas, de fácil implementación y que proporcionen una atención de calidad a la salud mental de la mujer durante el embarazo.

Como se pondrá de manifiesto en el presente trabajo, cada vez contamos con mayor número de trabajos científicos, documentos de consenso y Guías de Práctica Clínica elaborados en base a la evidencia científica, de sociedades y organismos internacionales (ACOG, 2015; MARES, 2014; NHMRC, 2012; NICE, 2014; USPSTF, 2016) que difunden sus propuestas respecto a la necesidad de establecer una evaluación psicosocial y un cribado de los trastornos emocionales perinatales. Haciendo acopio de la investigación disponible y de la realidad de nuestra sociedad, en esta investigación se propone el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) como estrategia válida para la prevención de la depresión prenatal a través de la evaluación, identificación y derivación precoz de las mujeres embarazadas. Las posibilidades ilimitadas que ofrece Internet han hecho posible que ya existan estudios controlados sobre intervenciones basadas en aplicaciones online para la prevención y tratamiento de

trastornos mentales y para la promoción de conductas de salud. No obstante, es fundamental seguir avanzando en la investigación científica que ayude a formar una base sólida para el establecimiento de intervenciones eficientes y resuelva los posibles inconvenientes.

A la luz de todo lo expuesto, en el presente estudio de investigación hemos intentado contribuir al conocimiento científico en el ámbito de la salud mental materna a través del estudio de un gran número de variables de diferente naturaleza. En el marco experimental del trabajo se describirán con detalle los resultados obtenidos sobre la relación de todas estas variables con las alteraciones emocionales, principalmente la depresión prenatal, además de respecto al ajuste y funcionamiento social de las mujeres embarazadas.

# 1 La atención materno-infantil

Durante siglos en nuestra sociedad, la atención prestada a la mujer durante el embarazo, el parto y posteriormente a los niños pequeños se consideró una cuestión doméstica, competencia exclusiva de madres y matronas. Con el paso del tiempo esta concepción ha ido evolucionando en numerosos aspectos y hoy, aunque quede una gran labor por delante, contamos con una visión de la atención materno-infantil muy distinta.

La creación de programas de salud pública para mejorar la atención sanitaria de mujeres y niños tiene su origen en Europa, a finales del siglo XIX. En un entorno social y político delicado, una de las preocupaciones de los organismos de poder europeos giraba en torno a la idea de que la mala salud de los niños de las naciones dominantes podía constituir una amenaza para las aspiraciones culturales y militares (Dwork, 1987). Por ello, los responsables gubernamentales empezaron a invertir esfuerzos y recursos en prestar mayor atención, de carácter socio-sanitario, a la salud de la mujer embarazada, las madres y los niños. Entrado ya el siglo XX, la salud materno-infantil dejó de ser un asunto puramente doméstico para convertirse en una prioridad de salud pública, con las correspondientes responsabilidades por parte de los Estados (OMS, 2005). Cada vez era mayor el interés de la sociedad civil por la salud de las madres y los niños, a la vez que se acrecentaba la participación de los organismos, tanto dependientes como independientes de los gobiernos, en cubrir las necesidades de atención socio-sanitaria a la mujer (Loudon, 1993). Los programas de salud materno-infantil se convirtieron, junto con la lucha contra las enfermedades infecciosas, en un paradigma de la salud pública (Van Lerberghe y De Brouwere, 2001). Pero cuando realmente empezaron a ganar protagonismo estos programas, fue después de la Segunda Guerra Mundial. Los acontecimientos mundiales precipitaron el interés público por las funciones y responsabilidades de los gobiernos. Además, sucesos como la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948, instauraba la obligación de éstos a prestar “cuidados y asistencia especiales” a la maternidad y la infancia (Naciones Unidas, 1948). Esto supuso un gran avance hacia el conocimiento internacional de la cuestión de la salud materno-infantil y propició una gran evolución respecto a las preocupaciones políticas y económicas que imperaban años atrás.

Entrando ya en el siglo XXI, en la Cumbre del Milenio, se establece la Declaración del Milenio (Naciones Unidas, 2000) en el que se determinaron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) específicos. Los ODM hicieron que los países ricos y pobres y la comunidad internacional se aunaran para lograr el compromiso de abordar

la pobreza y la desigualdad de un modo integrado. Las competencias sanitarias ocupan un lugar destacado en los ODM, otorgando una especial prioridad a la salud de las mujeres, madres y niños. La salud materno-infantil figura claramente en el programa internacional como objetivo específico de Desarrollo del Milenio, y ello pese a la ausencia del acceso universal a los servicios de salud reproductiva (OMS, 2005).

En términos mundiales, se están realizando avances hacia los ODM relacionados con la salud de la madre y el niño. No obstante, no debemos olvidar que millones de mujeres y sus familias viven en entornos sociales que obstaculizan la búsqueda y el disfrute de una buena salud. Algunas mujeres a menudo tienen un acceso limitado a la educación, la información y los nuevos recursos que podrían en buena medida evitarles el sufrimiento de complicaciones médicas, alteraciones emocionales o, incluso en casos más extremos, podrían salvarles la vida durante el parto (OMS, 2005). En ciertos contextos culturales también puede ocurrir que las mujeres se muestren reacias a acudir a los servicios de salud porque se sientan intimidadas, estigmatizadas, o presionadas a aceptar tratamientos que están reñidos con sus propios valores y costumbres (Jaffré y Olivier de Sardan, 2003). Las condiciones de pobreza, algunas tradiciones culturales y los obstáculos legales que restringen su acceso a los recursos financieros, no hacen sino dificultar aún más sus esfuerzos por obtener atención sanitaria para ellas mismas y para sus hijos (OMS, 2005).

Es una cuestión prioritaria entender la salud materno-infantil desde una perspectiva integradora, teniendo en cuenta todas sus vertientes: biológica, psicológica, social, cultural, política y económica. Actualmente en el panorama nacional, autores como Isabel Aler Gay, una de las principales autoras en la redacción del Informe *Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencia* para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2012, abogan por promover una representación más amplia de la maternidad que incluya la esfera cultural, entendida como un proceso social donde se integra lo científico y la propia experiencia de la mujer en la labor del cuidado materno-infantil. Al mismo tiempo, pretenden lograr el reconocimiento económico, social y cultural que merece el trabajo de cuidados de maternidad realizado por las mujeres en condiciones en ocasiones vulnerables y que a la vez necesitan mayor implicación por parte de la ciudadanía. Este nuevo enfoque integrador está en consonancia con la idea de promocionar y divulgar unos cuidados de la maternidad que comprenda la salud mental de las madres de igual modo a la atención que se brinda a todo los procesos biológicos y fisiológicos que implica la atención a la maternidad.

Estos cambios van en gran parte dirigidos a cambiar el enfoque excesivamente biomédico del proceso que supone el embarazo, el parto y el puerperio, pero también de la conceptualización del cuerpo de la mujer, su salud mental, su estado emocional, la maternidad y por ende la asistencia sanitaria que reciban, hacia una visión más integradora de todo el procedimiento (Romero y Fernández, 2012).

### **1.1 Atención a la Salud Mental Perinatal. Panorama europeo e internacional**

Es innegable que a lo largo de los últimos años los esfuerzos por incrementar la consideración hacia las políticas de salud mental han sido significativos, tanto en Europa como en el resto del mundo. La OMS publicó en 2001 el informe *The World Health Report 2001* dedicado en su totalidad a la salud mental (OMS, 2001). Del mismo modo el World Bank en su objetivo fundamental de lucha contra la pobreza, también ha hecho hincapié en estos últimos años, en mejorar la salud mental en aquellos países con sistemas económicos desfavorecidos (World Bank, 2002). Posteriormente en 2005, los estados miembros de la OMS y la Unión Europea (UE) junto con el consejo de Europa, aprobaron una Declaración y un Plan de acción sobre la salud mental (OMS, 2005a y 2005b).

Siguiendo la línea de otras publicaciones sobre la promoción de la salud mental y la lucha contra la depresión en Europa (Commission of the European Communities, 2004; Henderson et al., 2004; Jané-Llopis y Anderson 2005), la UE publicó en 2005 el Libro Verde de la Salud Mental. En este documento se propone un marco de trabajo de cooperación para todos los Estados Miembros que favorezca el impulso de políticas de salud que participen en la búsqueda de soluciones para el fomento e integración de la salud mental. Su propósito es iniciar un debate con las instituciones europeas, los gobiernos, los profesionales sanitarios, las partes interesadas de otros sectores de la población, la sociedad civil, las organizaciones particulares de pacientes y la comunidad científica investigadora, sobre la importancia de la salud mental y la necesidad de establecer prioridades en una estrategia clara a nivel de toda la UE. Es de notable importancia destacar que en este documento se hace referencia a la importancia de abordar los problemas de salud mental en la mujer especialmente la depresión.

Unos años más tarde fue publicado el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (UE, 2008) donde se reconoce la enorme importancia de la salud mental y el bienestar de la población en su camino hacia la cohesión social, el crecimiento



económico y el desarrollo sostenible. En dicho documento se establecen acuerdos sobre la implicación política y de los sectores representantes de la sociedad en la puesta en marcha de acciones a favor de la salud mental. Se destaca el impulso del trabajo en salud mental dirigido a todos los grupos de la sociedad e insiste en la necesidad de mejorar el conocimiento científico. Para llevar a cabo sus objetivos solicita la acción en cinco áreas denominadas prioritarias, entre las que no se encuentra como grupo específico las mujeres en periodo perinatal. Dichas áreas son: la prevención de la depresión y el suicidio; la promoción y trabajo en la educación de los jóvenes; el entorno laboral; las personas mayores y la lucha contra la estigmatización y la exclusión social.

Para intentar dar una visión actualizada, respecto a las directrices y recomendaciones de las principales organizaciones en temas de salud a nivel europeo e internacional, intentaremos explicar de modo sintetizado la perspectiva global y el enfoque en el abordaje de la salud mental de las mujeres durante el embarazo que ofrecen cada uno de los destacados organismos y organizaciones.

### **1.1.1 La Organización Mundial de la Salud**

La OMS es el organismo más importante a nivel mundial que trabaja en la gestión de las políticas de prevención, promoción e intervención en salud. Como ya hemos adelantado en líneas anteriores, la OMS ha mostrado desde su creación y a lo largo de los años, un especial interés por procurar una mejora global en la salud materno-infantil en todo el mundo. Es por ello obligatorio hacer mención a las directrices generales que este importante organismo presenta respecto a la atención a la salud materno-infantil. Este ha sido considerado uno de sus temas prioritarios de salud a nivel mundial en el siglo XXI, es por ello que la OMS realiza multitud de esfuerzos para impulsar y exigir la implementación de medidas internacionales y nacionales en todos los países miembros. Como mencionamos brevemente en el apartado anterior, en septiembre del año 2000 se pactaron los ODM de las Naciones Unidas, estos son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros convinieron en tratar de alcanzar para el pasado año 2015. De entre los ocho ODM, el 5 corresponde a la “mejora de la salud materna” y está dividido en dos metas: Meta 5.A. Reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015 y Meta 5.B. Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Pasado el plazo propuesto los organismos responsables no han visto cumplidos sus objetivos, no obstante debemos destacar que sí han obtenido mejoras en la mayoría

de los ODM. Respecto a la mejora de la salud materna, podemos destacar que los datos publicados acerca del objetivo sobre el “acceso universal a la salud reproductiva”, indican que: *“La proporción de mujeres que reciben atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo fue de alrededor del 83% en 2006-2014, pero para el mínimo recomendado de cuatro o más visitas, la cifra correspondiente se reduce a alrededor del 64%. ... La proporción de partos atendidos por personal cualificado, crucial para reducir la mortalidad perinatal, neonatal y materna, es superior al 90% en tres de las seis regiones de la OMS. Sin embargo, es necesario aumentar la cobertura en ciertas regiones, como la Región de África de la OMS, donde la cifra sigue siendo inferior al 51%. (ODM, Nota descriptiva No 290 Mayo de 2015)”*.

En el panorama Europeo, también la OMS lleva a cabo acciones de mejora específicas en la salud perinatal de las madres, sus hijos/as y las familias. En 1998, la Oficina Regional de la OMS para Europa propuso 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal. El objetivo clave de estos principios era asegurar la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS, para Europa y sus estados miembros y posteriormente se han desarrollado materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos. A continuación se presentan los 10 principios de la OMS para el cuidado perinatal.

**Tabla 1 - Principios de la Organización Mundial de la Salud para el cuidado perinatal**

**El cuidado del embarazo y parto normales debe:**

1. No ser medicalizado lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Estar basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o incluso superiores.
3. Fundamentarse en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Estar regionalizado y fundamentado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinar, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y asistentes sociales.
6. Ser integral y tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Además de los 10 principios, se especifican una serie de recomendaciones sobre las prácticas en el control perinatal dirigidos al personal de salud que realiza dicho control, de entre los diferentes temas que aborda, también se incluye la evaluación de los factores psicosociales de riesgo que puedan influir en la mujer y su familia. Así mismo sugiere que para este fin, puede resultar útil utilizar una escala como la Escala ALPHA (Antenatal Psychosocial Health Assessment; Midmer et al., 1996), herramienta que facilita la recogida de datos psicosociales durante el embarazo de una manera estructurada.

La OMS trabaja de manera constante en el abordaje de la salud materno-infantil en multitud de vertientes y entre ellas también se incluye la salud mental de las mujeres en el embarazo y el posparto.

De entre sus publicaciones más destacadas podemos mencionar, el Informe sobre la salud en el mundo *Cada madre y cada niño contarán* de 2005, cuyo eje principal gira entorno a la promoción de la salud materno-infantil a nivel mundial. La OMS presenta en este informe una serie de capítulos en los que pretende abordar las

necesidades que permitan cumplir un acceso universal a la atención materno-infantil. El tercer capítulo de este documento, versa sobre las orientaciones esenciales para lograr mejoras en la calidad asistencial que permitan ampliar la cobertura de asistencia. De este modo, se incluye cómo la atención prenatal puede brindar la oportunidad de prestar una asistencia que vaya mucho más allá de la puramente relacionada con el embarazo, dejando evidencia de la notable importancia de los trastornos psicológicos, tanto durante la etapa del embarazo como en el periodo de posparto.

Siendo conscientes de la importancia y repercusión existente en la realidad actual de la situación de la salud materno-infantil, la OMS ha editado diversos documentos con afán de mejorar la atención, intentando ofrecer una cobertura integral a las mujeres protagonistas de este escenario. A lo largo de los años han sido muchas sus publicaciones al respecto y actualmente este organismo sigue trabajando en el mismo sentido.

A modo de ejemplo podemos destacar que la OMS, en colaboración con la *United Nations Population Fund*, UNICEF y *The World Bank*, cuenta entre sus múltiples publicaciones con algunos documentos que exponen de forma detallada las recomendaciones sobre la atención integrada del embarazo, el parto y el posparto. El más destacado es el *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care*, publicado por primera vez en 2003. Su objetivo es proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para guiar a los profesionales de atención primaria en la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud en el tratamiento de las mujeres (durante el embarazo, parto y puerperio), los recién nacidos y tras un posible aborto. Esta guía ofrece una gama completa de normas y estándares actualizados, basados en la evidencia, que permiten a los profesionales sanitarios dar atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, teniendo en cuenta las necesidades de la madre y su bebé recién nacido. Es importante destacar que esta guía incluye un apartado dedicado a la atención emocional de la mujer embarazada con necesidades especiales. También hace especial hincapié en los recursos de apoyo, tanto por parte del personal sanitario implicado, como por otros servicios complementarios a nivel comunitario y profesional. Además, en la guía se ofrecen recomendaciones concretas sobre cómo brindar apoyo emocional a la mujer durante todo los procesos del periodo perinatal. En 2015, esta guía fue actualizada para incluir las recomendaciones de las directrices de la OMS, recientemente aprobadas, que son relevantes para la salud materna y perinatal, entre las que se incluyen condiciones

principalmente médicas, sin embargo el documento también contempla una actualización en relación a la atención de la depresión posparto.

Finalmente resulta importante hacer mención de una de las publicaciones más recientes de la OMS respecto a la atención a la salud mental, en el año 2013, la OMS publicó *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Este documento ofrece, como su propio nombre indica, un plan de acción integral mediante el que se pretende lograr las acciones que permitan el reconocimiento de la función de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas. La estrategia que ofrece la OMS con este recurso, está diseñada para brindar una cobertura sanitaria universal y equitativa, en todos los ciclos de la vida de las personas, haciendo especial hincapié en la prevención. Con este plan se determinan cuatro objetivos principales: liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación.

Lo realmente destacable en nuestro caso, es que en un documento tan significativo como este, se reconoce que, en su propuesta de reorientar los recursos hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general, también están incluidos, entre otros, los programas de salud materna, lo que garantizaría según la OMS, que muchas más personas accedieran a intervenciones mejores y más costo-efectivas.

### **1.1.2 National Institute for Health and Clinical Excellence**

Dentro del panorama europeo, la *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) del Reino Unido es uno de los organismos con mayor prestigio en temas de salud y sus recomendaciones son seguidas por gran cantidad de instituciones sanitarias.

La NICE es una organización independiente, formada con el objetivo de ofrecer orientación para promover la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades en el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra. Periódicamente la NICE elabora una gran cantidad de guías centradas en tres áreas sanitarias: salud pública, tecnologías sanitarias y práctica clínica. Así pues, las guías editadas por la NICE son de muy diferente índole. Dentro de esta amplia cobertura, también tiene cabida la atención a los cuidados

materno-infantiles durante todo el periodo perinatal. La NICE desglosa en diferentes documentos todo el contenido referente a los cuidados de la mujer en el periodo pre y posparto. Más de treinta documentos han sido desarrollados con la finalidad de dar las directrices fundamentales para que esta población, reciba una atención de calidad basada en la evidencia.

La mayoría de estas guías están enfocadas a la atención de problemas de la salud física, no obstante, debemos destacar que también se han desarrollado guías con el objetivo de abordar la salud mental perinatal. La NICE ha publicado diversos documentos en los que describe una serie de recomendaciones dirigidos al personal sanitario responsable, sobre cómo dar cobertura a los problemas de salud mental durante el embarazo y después del parto. En líneas generales propone estrategias para reconocer los problemas de salud mental durante el embarazo y durante el primer año después del parto. Propone dar atención y tratamiento adecuado (incluyendo medicamentos y tratamientos psicológicos) a las mujeres que desarrollan un problema de salud mental en cualquier momento de este periodo y también a aquellas mujeres que tienen una mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno de este tipo. Del mismo modo, se ocupa también de la atención y tratamiento de las mujeres que ya han tenido un problema de salud mental antes de quedar embarazadas. Incluye además como uno de sus objetivos, educar a las familias y los cuidadores para que puedan ser capaces de ayudar y proporcionar apoyo a las mujeres con problemas de salud mental. La NICE propone que ya en el primer contacto de la mujer con los servicios sanitarios durante el embarazo y el periodo postnatal, los profesionales sanitarios deben preguntar y tener en cuenta aspectos clave como: el diagnóstico de enfermedades mentales graves anteriores o actuales (esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis en el puerperio y depresión severa), antecedentes de tratamiento psiquiátrico o psicológico previo, incluyendo la hospitalización e incluso explorar si existen antecedentes familiares de enfermedad mental perinatal.

Es un buen ejemplo de este tipo de documentos la guía *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance Clinical guidelines*, publicado en 2007 y revisado en 2014. Esta guía hace recomendaciones sobre el reconocimiento, evaluación, cuidado y tratamiento de problemas de salud mental en las mujeres, durante el embarazo y hasta un año de posparto, y también en aquellas mujeres que planean un embarazo. La guía pretende el abordaje de la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos por consumo de alcohol y/o de drogas y enfermedades mentales graves (psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia y

depresión severa). Pretende también dar cobertura en el caso de síntomas subliminales, así como problemas de salud mental leve, moderada y grave. Sin embargo, la guía se centra en los aspectos de la expresión, los riesgos y el manejo que son de especial relevancia en el embarazo y el puerperio.

A continuación se adjunta el modelo de evaluación mediante el que se recomienda proceder a los profesionales para la detección de los problemas emocionales de las mujeres.

**Tabla 2- Evaluación del estado emocional de la mujer según la *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance Clinical guidelines***

Para un abordaje general del estado de salud mental y del bienestar de la mujer, en el primer contacto con los servicios de atención primaria o las visitas de seguimiento y durante el periodo postnatal temprano, se deben realizar las siguientes preguntas de identificación de un posible trastorno depresivo:

**Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?**

**Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?**

Si una mujer responde de modo afirmativo a cualquiera de las preguntas de identificación de una posible depresión, está en riesgo de desarrollar un problema de salud mental, o existe la preocupación clínica, se recomienda: el uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) o el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) como parte de una evaluación más completa. También puede derivarse a la mujer a su médico de cabecera o, si se sospecha de un problema de salud mental grave, a un profesional de salud mental.

También debe considerarse preguntar acerca de la ansiedad utilizando el segundo ítem de la escala de Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-2):

**Durante el mes pasado, ¿con que frecuencia se ha sentido molesta por estar nerviosa, ansiosa o al límite?**

**Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido molesta por no haber sido capaz de detener o controlar sus preocupaciones?**

(La respuesta "No" puntúa un 0; "varios días" puntúa 1; "Más de la mitad de los días" puntúa 2; "Casi todos los días" puntúa 3).

**Si una mujer presenta puntuaciones de 3 o más en la escala GAD-2**, se recomienda: utilizar la escala GAD-7 para una evaluación adicional. También puede derivarse a la mujer a su médico de cabecera o, si se sospecha de un problema de salud mental grave, a un profesional de salud mental.

**Si una mujer presenta puntuaciones menores de 3 en la escala GAD-2**, pero aún existe cierta preocupación de que pueda tener un trastorno de ansiedad, hacer la siguiente pregunta:  
*¿Usted evita lugares o actividades y esto le supone un problema?*

**Si la respuesta es afirmativa**, se recomienda el uso de la escala GAD-7 para una evaluación adicional. También puede derivarse a la mujer a su médico de cabecera o, si se sospecha de un problema de salud mental grave, a un profesional de salud mental.

En todos los contactos de la mujer con el sistema sanitario, después de la primera visita en atención primaria o las visitas de seguimiento, el profesional sanitario responsable de la atención y el resto de profesionales sanitarios, que tienen contacto regular con la mujer durante el embarazo y el puerperio (primer año después del nacimiento), deben considerar:

- ✓ El uso de las 2 preguntas para la identificación de la depresión y el uso de la GAD-2 para la detección de ansiedad como parte del abordaje general de la salud mental y el bienestar.
- ✓ El uso de la EPDS o el PHQ-9 como parte del seguimiento o supervisión del estado de salud mental en el periodo perinatal.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>



Ante la detección de un posible problema emocional importante, los profesionales de los servicios de salud mental, incluyendo los servicios de salud mental perinatal especializados, deben desarrollar un plan de atención por escrito en colaboración con la mujer que tiene o ha tenido un trastorno mental grave. Si ella está de acuerdo, su pareja, la familia o el cuidador principal también deben ser involucrados y participar. El plan de atención debe dar cobertura durante el embarazo, el parto y el puerperio (incluyendo el posible impacto de la enfermedad en el bebé) y debe incluir: una declaración clara de los objetivos del tratamiento acordado conjuntamente y cómo se supervisarán de forma rutinaria los resultados; un mayor contacto con y derivación a los servicios especializados de salud mental perinatal; los nombres y datos de contacto de los profesionales clave.

El plan de atención debe registrarse en todas las versiones de la historia clínica de la mujer (sus propios registros, los de atención primaria, atención a la maternidad y las notas de salud mental) y debe dispensarse una copia a la mujer y todos los profesionales involucrados.

La organización NICE pretende conseguir una cobertura completa de atención en la población de mujeres durante el embarazo y el posparto. Fruto de esta motivación, en septiembre de 2010 editó una guía de referencia, que recoge las recomendaciones de la *National Health Service* (NHS) para la prestación de servicios a las mujeres embarazadas con factores sociales complejos asociados, la *Pregnancy and complex social factors. A model for service provision for pregnant women with complex social factors*. Esta guía ha sido revisada en 2014 y recoge las recomendaciones sobre las normas de atención a todas las mujeres embarazadas con factores sociales complejos. Como ejemplo de mujeres con estas condiciones se incluyen: mujeres que abusan de sustancias (alcohol y/o drogas); las mujeres que son inmigrantes recientes, solicitantes de asilo o refugiadas; mujeres que tienen dificultades para leer o hablar inglés; las mujeres jóvenes menores de 20 años; las mujeres que no tienen un hogar y aquellas mujeres que sufren violencia de género. Esta guía describe cómo se puede mejorar el acceso a la atención, cómo mantener el contacto con los sanitarios de atención prenatal, cómo brindar el apoyo adicional que necesitan, las consultas de seguimiento que se requieren y la información adicional que se debe ofrecer a las mujeres embarazadas con factores sociales complejos.

Este documento supone un complemento esencial para que los servicios públicos en materia de salud materna, lleguen a todas las mujeres embarazadas aunque estas presenten unas características sociales desfavorables. No se especifica sin

embargo una evaluación o tratamiento específico de carácter psicológico, dirigido a este grupo de población, pero sí se incluye como profesional multidisciplinar al especialista en salud mental, por tanto facilita en cierta medida el acceso de las usuarias a su servicio si se considera necesario.

### **1.1.3 National Health and Medical Research Council in Australia**

En el panorama internacional, Australia es uno de los países con mayores avances en los sistemas sanitarios respecto a la atención de la salud mental de las mujeres en el periodo perinatal. Su política sanitaria muestra un gran interés en la atención integral a la maternidad y han publicado documentos de destacado valor. A continuación haremos mención de dos de las guías más destacadas.

El *Chief Executive Officer* (CEO) de la *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) aprobó definitivamente en 2012 una GPC, la *Antenatal Care* en dos módulos, con las directrices y recomendaciones sobre los cuidados que deben ser dispensados a las mujeres durante el periodo prenatal. Esta extensa GPC está dirigida a los profesionales de la salud que desempeñan su labor en los entornos de atención sanitaria de Australia y sus aportaciones están basadas en la síntesis de la evidencia científica de alta calidad disponible. Este organismo establece que la información contenida en sus GPC sea revisada cada 5 años, por lo que su próxima actualización se espera para el año 2017.

Esta GPC presenta una serie de directrices para el abordaje integral de todos los aspectos de la salud, tanto física, como psicológica y social que deben ser atendidos para un adecuado desarrollo del embarazo.

En cuanto a la atención psicosocial, esta GPC fija unos objetivos claros para la detección de los factores psicosociales que afectan a la salud mental durante el embarazo y para los problemas de salud mental más comunes, la depresión y la ansiedad. Además, destaca la importancia de brindar formación a los profesionales de la salud para llevar a cabo las pruebas de detección de modo adecuado y comprendan cuales son las vías óptimas para prestar los cuidados.

La GPC pretende la evaluación de los factores de riesgo psicosocial y síntomas de depresión o ansiedad durante los controles regulares del embarazo para, de este modo, poder vincular a las mujeres con los servicios apropiados. Incluye la exploración o identificación de episodios pasados de trastornos más graves junto a la posibilidad de

haber recibido tratamiento. Si esto se confirma, se baraja la posible intervención por parte de los profesionales de la salud mental pertinentes. En el caso de presentar problemas de salud mental más graves, como esquizofrenia o psicosis relacionada con el consumo de drogas, se considera más apropiado el trabajo en colaboración con los profesionales de la salud mental más capacitados. Si se identifica el riesgo de suicidio, se requiere la remisión a un psiquiatra u otro profesional de la salud mental de manera urgente. Junto con todo lo comentado cabe añadir que, en la GPC se hace referencia al uso adecuado de los psicofármacos durante el embarazo.

A continuación adjuntamos un cuadro resumen en el que se especifican las directrices de la *Antenatal Care* (NHMRC, 2012) para la evaluación psicológica de las mujeres en el embarazo.

**Tabla 3- Evaluación psicosocial prenatal. Elaborado a partir de *Antenatal Care Module I* (NHMRC, 2012)**

**Los factores psicosociales que afectan a la salud mental:**

*¿Cuándo?*

Tan pronto como sea posible en el embarazo, mejor desde la primera visita con el sistema sanitario.

Es fundamental en primer lugar, informar a las mujeres sobre la relación de los factores psicosociales con el desarrollo del embarazo y a continuación justificar la importancia de la evaluación de los factores psicosociales, como parte rutinaria de la atención durante el embarazo y pedir su consentimiento.

*¿Qué se evalúa?*

Se realizan una serie de preguntas respecto a cada uno de los siguientes aspectos:

La presencia de problemas de salud mental pasados o actuales

- El abuso sexual /violencia anterior o actual
- Uso de drogas y alcohol
- La experiencia de situaciones estresantes recientes
- La disponibilidad de apoyo práctico y emocional

También se incluye la posibilidad de explorar la calidad del apego de la mujer con su propia madre por haberse identificado como uno de los factores psicosociales relacionados en la salud mental durante el embarazo.

Si una mujer confirma la presencia de algún problema relacionado, preguntar si le gustaría recibir ayuda con cualquiera de estos temas.

**Situaciones en las que se aconseja una evaluación integral de salud mental adicional:**

- La mujer tiene antecedentes de trastorno mental
- La mujer está experimentando abusos o ha sufrido abusos en el pasado
- La mujer o su pareja tienen un problema con el consumo de alcohol o drogas
- La mujer solicita una evaluación más completa

**Se requiere una amplia evaluación integral de la salud mental:**

- Si la mujer tiene, o se sospecha que tiene, la recurrencia o la nueva aparición de un trastorno mental grave (por ejemplo, trastorno bipolar), pensamientos suicidas o riesgo evidente de daño a sí misma o al niño/a o si otros niños/as a su cargo pueden estar en riesgo de sufrir daños

*¿Quién realiza la evaluación?*

La matrona/matrón; médico de cabecera; médico obstetra; trabajador/a social sanitario multicultural.

**Evaluación de los síntomas de depresión y ansiedad:**

*¿Cuándo?*

Tan pronto como sea posible en el embarazo, mejor desde la primera visita con el sistema sanitario.

*Instrumento de evaluación para la depresión y ansiedad:*

Se recomienda el uso de la EPDS como un componente de la evaluación de todas las mujeres para los síntomas de la depresión en el periodo prenatal.

Las mujeres que tengan una calificación de 13 o más en la EPDS pueden estar experimentando ansiedad, ya sea sola o junto a los síntomas de depresión. Valorar una nueva evaluación para las respuestas de la mujer a las preguntas 3, 4 y 5 de la EPDS y su respuesta a la pregunta acerca de "preocupaciones".

**Tabla 4- Evaluación psicosocial prenatal (NHMRC, 2012) (Continuación)**

**¿Cuándo?**

Consideraciones más allá del primer trimestre:

- Se aconseja administrar la EPDS dos veces durante el embarazo y en la frecuencia que se requiera según la clínica de la mujer.
- Se debe ofrecer a las mujeres la administración de la EPDS al menos una vez, preferiblemente dos veces en el año posterior al parto (6-12 semanas después del nacimiento).

El primer paso después de la administración de la EPDS es determinar si se requiere una evaluación integral más amplia de la salud mental y si es necesario, la colaboración de un profesional de la salud con la experiencia adecuada para llevar a cabo esta evaluación.

Además del juicio clínico es fundamental valorar las puntuaciones en la EPDS para la toma de decisiones sobre la necesidad de brindar un mayor apoyo y/o facilitar la derivación pertinente:

Puntuación de 10, 11 o 12, la EPDS debe repetirse dentro de 2-4 semanas, examinar los servicios de apoyo y aumentar el apoyo si es necesario.

- Una puntuación de 13 o 14 se sugiere como un "indicador" para establecer un seguimiento y a las mujeres con esta puntuación se le debe administrar la EPDS al menos dos veces más durante el embarazo.
- Una puntuación de 15 o más requieren una evaluación de salud mental completa y el establecimiento de la gestión oportuna de su caso.
- Las mujeres con una puntuación positiva en las preguntas 3, 4 y/o 5 pueden estar experimentando síntomas de ansiedad y se debe considerarse la posibilidad de repetir la EPDS en 2-4 semanas.

**Riesgo de autolesiones:**

Independientemente de la puntuación total EPDS, las mujeres que tienen una puntuación positiva en la pregunta 10 de esta escala, pueden estar en riesgo de autolesionarse y/o lesionar a los niños/as a su cargo. La actuación ante esta posibilidad es:

- Realizar una evaluación más amplia.
- El desarrollo de un plan por parte de profesionales de la salud, para evaluar el riesgo de suicidio y garantizar un abordaje inmediato, según sea necesario.
- Si una mujer tiene una puntuación positiva en la pregunta 10 de la EPDS en una ocasión, se recomienda que la escala se repita tantas veces como se requiera clínicamente, con el fin de volver a evaluar el riesgo a lo largo del tiempo.

**¿Quién realiza la evaluación?**

La matrona/matrón; médico de cabecera; médico obstetra; trabajador/a social sanitario multicultural.

Además de la GPC que acabamos de explicar, en Australia también disponen de la GPC *Clinical Practice Guidelines Depression and related disorders (anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period. A guide line for primary care health professionals*. El desarrollo de esta GPC supone la creación de una verdadera herramienta de trabajo por lo que se refiere a la atención a la salud mental perinatal. Presenta unas directrices claras sobre el completo abordaje, desde la evaluación prenatal hasta el tratamiento, de todas las alteraciones emocionales y trastornos psicopatológicos que pueden aparecer en este periodo de la vida de la mujer. Al igual

que la GPC Antenatal Care, esta GPC fue aprobada por el CEO de la NHMRC en 2012. Bajo la misma normativa, también su información debe ser revisada cada 5 años, por lo que su próxima actualización se realizará en este año 2017.

Las recomendaciones de esta GPC se realizan sobre las áreas clave de atención a la salud mental perinatal y se basan en la evidencia científica disponible, no obstante en aquellas áreas en las no hay pruebas científicas suficientes, las directrices incluyen puntos de buenas prácticas, que se basan en pruebas de menor calidad y/o en el juicio clínico de profesionales cualificados.

Esta guía está concebida como un recurso para todos los profesionales de la salud que trabajan con las mujeres en el periodo perinatal (embarazo y primer año de posparto), aunque con especial foco en los profesionales de atención primaria de salud.

Las directrices de la GPC específica, recomiendan un enfoque basado en la evaluación rutinaria de la salud emocional y el bienestar durante el embarazo y el año de posparto. Proponen la integración de la evaluación psicosocial y psicopatológica de la mujer en los controles periódicos de salud de las mujeres. Por ello en este caso, la GPC hace referencia a que dicha evaluación puede estar a cargo de diferentes profesionales sanitarios como, la matrona/matrón, enfermero/a de salud materno-infantil, médico general, médico especialista en obstetricia o el trabajador/a social sanitario multicultural.

La GPC presenta una evaluación inicial que se realiza a partir de ciertas preguntas sobre los factores psicosociales que pueden aumentar la probabilidad de que una mujer desarrolle problemas de salud mental, junto con cuestiones que pretenden la valoración de la presencia de cualquier síntoma de depresión o ansiedad. El instrumento de elección para ello es la escala EPDS (Cox, Holden y Sagovsky, 1987), no obstante, el objetivo que se define no es predecir la aparición de depresión o ansiedad, ni tampoco sustituir el diagnóstico clínico. La guía establece que si una mujer presenta factores y/o síntomas psicosociales, el profesional sanitario se basará en el criterio clínico para decidir si es adecuado para su situación concreta ofrecer atención de seguimiento. Es importante destacar que esta guía incluye otros factores adicionales de evaluación muy importantes como son: la evaluación de la interacción madre-hijo; la evaluación de riesgo para el lactante y la evaluación de los síntomas de la psicosis puerperal. Finalmente, cabe añadir que todos los esfuerzos no solo van dirigidos a un sector de la población de mujeres sino que pretender llegar también a todas aquellas mujeres pertenecientes a grupos socioculturales que pueden presentar mayor riesgo de depresión u otros trastornos relacionados en el periodo perinatal, como son las mujeres

aborígenes y de las islas del estrecho de Torres, las mujeres de origen cultural y lingüístico diverso, las mujeres que viven en zonas regionales, rurales o lejanas, las mujeres procedentes de grupos poblacionales que han sido reasentados en Australia y las mujeres adolescentes.

A continuación presentamos varias tablas en los que se pretende resumir los aspectos generales más destacados de la presente GPC respecto al modo de proceder en la atención a la salud mental perinatal.

**Tabla 5- Descripción de la atención a la salud mental en el periodo perinatal. Elaborado a partir de la GPC *Depression and related disorders (anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals (NHMRC, 2012)***

Tipo de Atención	Objetivo	Acción
Atención prenatal y posnatal rutinaria	Evaluación de los factores psicosociales	Proporcionar información. Evaluar los factores de riesgo Identificar profesional de la salud apropiado para proporcionar atención de seguimiento.
	Detección de los síntomas de depresión y ansiedad	Proporcionar información. Administrar EPDS. Identificar profesional de la salud apropiado para proporcionar atención de seguimiento.
Atención a las mujeres que presentan factores psicosociales de riesgo y/o síntomas relacionados	Prevención de la depresión y los trastornos relacionados	Triaje para determinar la gravedad de los factores psicosociales y / o síntomas relacionados. Toma de decisiones respecto al apoyo psicosocial. Establecer un seguimiento continuo.
Atención a las mujeres que presentan depresión o trastornos relacionados	Manejo de la depresión o síntomas relacionados	Triaje para determinar la gravedad del trastorno. Posible derivación a un psiquiatra. Toma de decisiones sobre la intervención psicosocial/ psicológica y / o el tratamiento farmacológico. Establecer un seguimiento continuo.

**Tabla 6- Resumen de las directrices para la evaluación de los factores psicosociales según la GPC *Depression and related disorders (anxiety, bipolar, disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period.* (NHMRC, 2012)**

**La evaluación de los factores psicosociales:**

***Objetivo:***

- Proporcionar un marco de referencia sobre el contexto psicosocial de la mujer, cuando se entrevista en el periodo prenatal y postnatal.
- Identificar los factores psicosociales sin desvirtuar las experiencias normales del embarazo y la maternidad para la detección de la posible aparición de depresión y/o trastornos relacionados que se produzcan en el periodo perinatal.

***¿Cuándo?***

- La evaluación debe realizarse tan pronto como sea posible en el embarazo y en las 6-12 semanas del posparto.
- Se debe preguntar a todas las mujeres sobre los aspectos psicosociales estipulados, como parte de la atención normal.
- Si una mujer afirma la presencia de factores psicosociales, está indicado si a ella le gustaría recibir ayuda con cualquiera tema al respecto.

***¿Qué se evalúa?***

Se realizan una serie de preguntas respecto a cada uno de los siguientes aspectos:

- La presencia de problemas/trastornos de salud mental pasados o actuales
- Abuso físicos y/o psicológicos en el pasado o actuales
- Uso actual de drogas y alcohol
- Experiencia de situaciones estresantes recientes
- Calidad del apego de la mujer con su propia madre
- La disponibilidad de apoyo práctico y emocional



**Tabla 7- Resumen de las directrices para la detección de síntomas de depresión ansiedad según según la GPC *Depression and related disorders (anxiety, bipolar, disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period.* (NHMRC, 2012)**

**La detección de síntomas de depresión y ansiedad en el periodo perinatal:**

La EPDS debe ser utilizada por los profesionales de la salud como un componente de la evaluación integrado con el control prenatal y postnatal rutinario de todas las mujeres para los síntomas de la depresión y/o ansiedad.

Una puntuación en la EPDS de 13 o más detectará los síntomas de **depresión** mayor en el periodo prenatal y postnatal.

Con una puntuación de 13 o más en la EPDS las mujeres pueden estar experimentando **ansiedad**, ya sea sola o junto a los síntomas de depresión. Valorar una nueva evaluación para las respuestas de la mujer a las preguntas 3, 4 y 5 de la EPDS y su respuesta a la pregunta acerca de “preocupaciones”.

*El propósito de la EPDS no es el diagnóstico sino la identificación de las mujeres que pueden beneficiarse de la atención de seguimiento y el hecho de que se refiera a los 7 días anteriores (no sólo ese día) se debe explicar claramente a todas las mujeres.*

**¿Cuándo?**

La evaluación debe realizarse lo antes posible durante el embarazo. Al menos una vez, preferiblemente dos veces, tanto en el periodo prenatal como en el puerperio (6-12 semanas después del nacimiento). Si no es posible llevar a cabo las evaluaciones en la primera consulta (por ejemplo, por falta de tiempo), explicar la importancia y el propósito de las evaluaciones y programar el tiempo necesario en una cita de seguimiento para realizarla.

Además del juicio clínico es fundamental valorar las puntuaciones en la EPDS para la toma de decisiones sobre la necesidad de brindar un mayor apoyo y/o facilitar la derivación pertinente:

- Puntuación de 10, 11 o 12, la EPDS debe repetirse dentro de 2-4 semanas, examinar los servicios de apoyo y aumentar el apoyo si es necesario.
- En puntuaciones de 13 o 14 en la EPDS (una vez en el posparto o dos veces en el periodo prenatal) se debe derivar a un profesional de la salud apropiado (lo ideal es su médico de cabecera habitual).
- Con una puntuación de 15 o más el profesional debe garantizar el acceso a una evaluación de salud mental completa y el establecimiento de la gestión oportuna de su caso.
- En puntuaciones de 1, 2 o 3 en la pregunta 10 de la EPDS el profesional de la salud debe evaluar la seguridad de la mujer en el momento y la seguridad de los niños/as a su cargo, y actuar de acuerdo con el criterio clínico, buscar asesoramiento y/o consultar inmediatamente para una evaluación de la salud mental más profunda.

**¿Quién realiza la evaluación?**

La matrona/matrón; enfermera materno-infantil; enfermera general; médico de cabecera; médico obstetra; trabajador de la salud de los aborígenes y del Estrecho de Torres; profesional relacionados con los temas sanitarios.

**Antes de la evaluación psicosocial:**

- Proporcionar psicoeducación y solicitar el consentimiento informado.

**Después de la evaluación:**

- Identificar el nivel de apoyo necesario; considerar la seguridad; ayudar a las mujeres que rechaza la atención; identificar a un profesional de la salud apropiado para la atención continua de la mujer; organizar la atención de seguimiento; continuar haciendo participar a la pareja o personas significativas de la mujer pareja en los cuidados.

Como ya hemos comentado, esta GPC ofrece una perspectiva completa de lo que supone la atención de la salud mental en todo el periodo perinatal, es por ello que también se exponen unas directrices en cuanto a la actuación, después de la evaluación y las recomendaciones respecto a la instauración del tratamiento pertinente. A continuación aparece de modo resumido la actuación correspondiente a la evaluación psicosocial tal y como lo indica la propia GPC.

**Tabla 8- Respuestas adecuadas para las evaluaciones. CPG *Depression and related disorders (anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis) in the perinatal period.* (NHMRC, 2012)**

<b>Evaluación</b>	<b>Ejemplo de actuación adecuada</b>	<b>Por quien</b>
Factores psicosociales y/o síntomas leves	Psicoeducación. Consejos sobre el estilo de vida. Fomentar el apoyo entre iguales. Proporcionar oportunidad de modo continuo para mayor discusión. Involucrar a otras personas significativas en la atención.	Atención primaria, en el marco de la comunidad.
Síntomas depresivos leve a moderado	La psicoeducación. Consejos sobre el estilo de vida y estrategias de autoayuda. Atención postnatal temprana. Apoyo entre iguales. Proporcionar oportunidad adicional para mayor discusión. Asesoramiento no directivo. Terapia psicológica. Involucrar a otras personas significativas.	Atención primaria, en el marco de la comunidad, enfermera/o de salud mental, psicóloga/o.
Síntomas depresivos graves	Terapia psicológica. Tratamiento farmacológico. Psicoterapia para la interacción madre-hijo/a.	Servicios de salud mental, enfermera de salud mental, psicólogo/psiquiatra. Posibilidad de atención hospitalaria.
Trastorno de ansiedad	Terapia psicológica breve+/- tratamiento farmacológico dependiendo de la gravedad.	Atención primaria o servicio especialista en salud mental.
Trastorno bipolar/psicosis puerperal	Evaluación médica intensiva y gestión urgente del caso, tratamiento hospitalario y terapia psicológica.	Servicio especialista en salud mental.

#### **1.1.4 Principales organismos de atención a la salud mental perinatal en Estados Unidos**

Una de las organizaciones líder en Estados Unidos en el tratamiento de la salud de las mujeres es la *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG). La ACOG trabaja por brindar una atención médica idónea y adaptada a las mujeres a lo largo de su vida. Asimismo, invierte esfuerzos en la investigación y los avances científicos, al mismo tiempo que trabaja por los intereses profesionales de sus miembros. Su labor no solo se dirige al establecimiento de tratamientos de carácter médico, sino que también son referentes en el abordaje de la salud mental de las mujeres en el periodo perinatal.

Son muchas las opiniones que a lo largo de los años han ofrecido a la comunidad científica internacional en favor de la atención integral de las mujeres en el pre y posparto. Como veremos a lo largo de los capítulos del presente trabajo, este es uno de los organismos más referenciados en los diversos temas relacionados con la salud mental perinatal. A continuación nombraremos solamente algunas de sus publicaciones más destacadas de los últimos años.

En 2009 la ACOG publicó un informe junto con el APA (American Psychological Association) sobre las recomendaciones del tratamiento de la depresión durante el embarazo *Depression During Pregnancy: Treatment Recommendations*. En este documento se ofrece una actualización de la investigación disponible sobre diversos métodos de tratamiento de la depresión prenatal. Su objetivo principal se centra en proporcionar una herramienta de ayuda a los médicos en la toma de decisiones. Entre las diversas cuestiones que se explican, el informe sugiere que, algunas pacientes con depresión leve a moderada pueden ser tratadas con psicoterapia (individual o grupal) sola o en combinación con psicofármacos. En el documento también se hace hincapié y se analiza, la necesidad de establecer una comunicación permanente entre el ginecólogo/a responsable y el/la psiquiatra de la paciente durante todo el proceso de embarazo. Además el informe presenta algoritmos de decisión para el tratamiento de las pacientes en determinadas situaciones: las mujeres que planean quedar embarazada; las mujeres embarazadas que están en tratamiento con psicofármacos para la depresión o las mujeres embarazadas que no están tomando medicación para la depresión. Finalmente añade que, independientemente de las circunstancias, si una mujer embarazada presenta síntomas psicóticos o riesgo de suicidio, se debe consultar inmediatamente a un psiquiatra para establecer su tratamiento.

La ACOG ha procurado dar cobertura no solo a los aspectos más técnicos de tratamiento sino también a las tareas previas dedicadas a la detección de los posibles trastornos emocionales de las mujeres. Esta organización publicó en Julio de 2015, una declaración en favor de las indicaciones sobre las tareas de detección de la depresión para toda la población de adultos, incluidas las mujeres embarazadas y en el posparto. Según ésta declaración, con el screening de la depresión, se complementa por un lado, las recomendaciones de la ACOG sobre la atención a la mujer sana, que abogan por la detección adecuada de la depresión en todas las mujeres, y por otro lado, contribuye al dictamen del *Committee Opinion* de la ACOG que recientemente ha actualizado sus observaciones sobre el cribado de la depresión perinatal, en el cual se recomienda el establecimiento de un screening de rutina para la depresión dirigido a todas las mujeres, el cual debe realizarse al menos una vez durante el periodo perinatal. En este mismo documento publicado con unos meses de anterioridad (*Screening for Perinatal Depression*, Mayo del 2015) el *Committee Opinion* de la ACOG sugiere el uso de herramientas validadas para el screening en el periodo perinatal como son: *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, et al., 1987); *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS; Beck y Gable, 2002); *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9; Spitzer, Kroenke y Williams 1999); *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996); *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CESD; Radloff, 1977) y *Zung Self-rating Depression Scale* (SDS; Zung, Richards, y Short, 1965).

Asimismo, conviene destacar que en este documento se concluye sobre cuatro puntos básicos:

- A pesar de que la evidencia científica disponible es limitada, la ACOG recomienda que las mujeres deben ser evaluadas por sus médicos para la detección de los síntomas de depresión y ansiedad, al menos una vez durante el periodo perinatal y mediante el uso de herramientas estandarizadas y validadas.
- En aquellas mujeres que presentan depresión o ansiedad, historia previa de trastornos del estado de ánimo en el periodo perinatal o factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo perinatales se debe garantizar una especial valoración, evaluación y vigilancia.
- Aunque el screening es importante para la detección de la depresión perinatal, por si mismo es insuficiente para mejorar los resultados clínicos y por tanto debe ir acompañado de seguimiento y tratamiento cuando este indicado. El personal clínico de la obstetricia y ginecología debe estar

preparado para iniciar el tratamiento médico, para derivar a los pacientes a los recursos de salud mental disponibles en caso de estar indicado o ambas cosas.

- Las prácticas deben establecerse en un contexto que asegure el seguimiento del diagnóstico y tratamiento.

La ACOG es una organización en actualización constante, en unas de sus publicaciones más recientes *Statement on Depression Screening* de Enero de 2016, se reafirma respecto a sus recomendaciones sobre las tareas de screening para la depresión en las mujeres en periodo prenatal y posparto. Se muestra en acuerdo con la propuesta de la *Unitet States Preventive Service Task Force* (USPSTF) quién reconoce, como veremos a continuación, que el cribado para la depresión es apropiado para todas las mujeres embarazadas y en el posparto. La ACOG sigue en la línea de sus recomendaciones apostando por el establecimiento de un cribado de rutina como parte de la atención y seguimiento, realizando el cribado al menos una vez durante el periodo perinatal. Destaca finalmente que en aquellas mujeres que presenten un riesgo alto de depresión, por ejemplo, con historia previa de depresión o ansiedad, se debe establecer especialmente una estrecha vigilancia.

Otro de los organismos más destacados en la actualidad respecto a la investigación y divulgación en temas de salud de los Estados Unidos, mencionado previamente, es la *Unitet States Preventive Service Task Force* (USPSTF). La USPSTF está formada por un grupo independiente de voluntarios, expertos en la prevención y la medicina basada en la evidencia. Este grupo trabaja por mejorar la salud de todos los estadounidenses formulando recomendaciones basadas en la evidencia sobre los servicios preventivos clínicos, tales como el screening, servicios de asesoramiento preventivo y la toma de medicamentos.

Este organismo se pronuncia a favor de la atención de la salud mental en el periodo perinatal, reconoce la gran importancia de las consecuencias de la depresión no solo para la población en general, sino también en las mujeres embarazadas y en el posparto, afectando no solo a la propia mujer sino también a sus hijos/as.

La USPSTF ha actualizado en Enero de 2016 sus recomendaciones sobre la detección de la depresión publicadas en el año 2009, en su trabajo enfatiza la necesidad de llevar a cabo el cribado de la depresión en la población adulta en general, incluidas las mujeres embarazadas y en el posparto. Destaca que la evaluación de las mujeres debe ser implementada en sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.

La USPSTF muestra evidencia de que el screening mejora la identificación de la depresión en las mujeres embarazadas y en el posparto y que además si se combina con sistemas de apoyo en el lugar o contexto adecuado, se logran mejoras en los resultados clínicos, como pueden ser la reducción o remisión de los síntomas de depresión. Del mismo modo, este organismo promulga que los esfuerzos deben estar dirigidos al hallazgo de determinados factores de riesgo (baja autoestima, nivel de estrés en el cuidado de niños, ansiedad prenatal, nivel de estrés de vida, disminución del apoyo social, estado civil, antecedentes de depresión, un temperamento infantil difícil, episodio de depresión posparto anterior, el nivel socioeconómico bajo y los embarazos no deseados) que la evidencia ha demostrado que pueden estar relacionados con la aparición de la sintomatología depresiva.

En cuanto al uso de instrumentos, la USPSTF propone el uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS; Cox et al, 1987) tanto para el periodo prenatal como en el posparto. Sin embargo, no especifica cual es el intervalo de tiempo más adecuado para el inicio y seguimiento de las tareas de cribado. En sus recomendaciones añade que todos los resultados positivos en la detección deben conducir a una evaluación adicional que valore la gravedad de la depresión y los problemas psicológicos comórbidos (por ejemplo, ansiedad, ataques de pánico, o abuso de sustancias), los diagnósticos alternativos, y las condiciones médicas más adecuadas.

Respecto al tratamiento, la USPSTF recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) para conseguir mejoras en las mujeres embarazadas y en el posparto con depresión. Además añade que la magnitud de los daños potenciales de proporcionar TCC es prácticamente inexistente.

En sus recomendaciones la USPSTF advierte que teniendo en cuenta los daños potenciales para el feto y el recién nacido de ciertos agentes farmacológicos, los médicos deben considerar la TCC, u otras orientaciones de intervención basadas en la evidencia, para el manejo de la depresión en mujeres embarazadas o que amamenten a sus hijos/as con leche materna.

En cuanto a la implementación de las tareas de cribado, la USPSTF recomienda que debe establecerse mediante sistemas adecuados, es decir, sistemas que dispongan de medios y personal clínico para asegurar que las pacientes son evaluadas y, si obtienen un resultado positivo, se pueda asegurar un diagnóstico adecuado y un tratamiento basado en la evidencia o si es necesario, se haga la derivación pertinente a un profesional de salud mental que pueda brindar la atención necesaria.

## **1.2 Atención a la Salud Mental Perinatal en el Sistema Sanitario Español**

En España, la salud materno-infantil forma parte importante de la amplia cobertura sanitaria pública de la que disponemos. Los recursos disponibles para la atención a la salud maternal, se dirigen al conjunto de actividades que procuran promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar. Estas actividades van dirigidas no solo a la mujer sino también a la familia, puesto que los acontecimientos que se desarrollan en el periodo perinatal repercuten en todos los miembros que la componen.

En el Sistema Sanitario Español actual, los altos organismos responsables han definido unas directrices que pretenden establecer el itinerario de cuidados que deben seguir todas las mujeres embarazadas, para que de este modo queden cubiertas todas sus necesidades y reciban una atención adecuada. Así pues, cuando una mujer queda embarazada comienza generalmente dicho itinerario, siguiendo unas pautas concretas que se irán sucediendo durante todo el proceso y continuaran hasta un tiempo después del parto.

Generalmente la atención comienza en el primer trimestre del embarazo en el entorno de atención primaria, esta es la ubicación habitual de muchas matronas, que en la mayoría de los casos realizan consultas individuales a las mujeres embarazadas y son las responsables de los conocidos cursos grupales de preparación al parto, también conocidos en los programas como psicoprofilaxis obstétrica, concepto que explicaremos con mayor detalle más adelante. Las mujeres también reciben atención durante el embarazo por parte de los obstetras o ginecólogos/as, en una serie de visitas programadas en centros especializados u hospitales, donde se realizan diferentes pruebas ecográficas y de cribado de diferentes patologías físicas. Ante el inminente desarrollo del parto, la mujer generalmente suele acudir al hospital de referencia donde recibe atención en los servicios de urgencia, paritorios y la planta de hospitalización correspondiente. En último lugar, en el periodo de posparto tardío, se remite de nuevo al centro de atención primaria, donde dispone de consultas individualizadas y programas educativos impartidos nuevamente por las matronas.

En las sucesivas visitas programadas se pretende dar una asistencia sanitaria a la mujer en el periodo perinatal que controle los posibles riesgos, proporcionando un seguimiento estricto de todo el proceso. En nuestro sistema sanitario todos los embarazos son vigilados, pues en todos pueden surgir riesgos, además como afirma

Montes (2007) la mayoría de las mujeres aceptan los discursos y prácticas médicas y las consideran necesarias para la prevención de esos posibles riesgos. La mayoría de los protocolos, GPC y recomendaciones publicados por los organismos políticos de salud en el territorio español, ordenan la sucesión de las visitas programadas de control del embarazo y puerperio, ofreciendo una cobertura de atención y cuidado a los riesgos principalmente de carácter físico o biológico, relegando en la mayoría de las ocasiones, a un segundo plano los riesgos de carácter emocional o psicopatológico.

No obstante es importante reconocer que uno de los componentes fundamentales de la atención materno-infantil en España, que parece lograr una visión más próxima a la atención integral de la salud materna, son sin duda los programas de psicoprofilaxis obstétrica, también conocidos como: programas de educación maternal, preparación para el parto, preparaciones para el nacimiento, preparación para la maternidad y paternidad, educación grupal en el embarazo, parto y puerperio.

Un programa de salud maternal puede definirse como el conjunto de prácticas educativas de tipo teórico y práctico que se aplican a las mujeres gestantes a partir del sexto mes de embarazo. Su objetivo principal es abordar el parto sin miedo y con un control óptimo del dolor, mediante un adecuado conocimiento del embarazo, parto y puerperio. Con el desarrollo de este tipo de programas se pueden lograr modificar ciertos comportamientos relacionados con la salud, preparar a las mujeres y sus parejas para el parto, prepararlos para la paternidad estimulando su seguridad, aumentar las redes de apoyo social y contribuir a la reducción de la morbilidad perinatal. Así pues, la educación prenatal va a favorecer la comprensión de los padres de cuáles son sus necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el parto y la paternidad (Gagnon y Sandall, 2008).

El concepto de psicoprofilaxis obstétrica se hace patente en España de la mano del Dr. Aguirre de Cárcer en 1956 quién funda la escuela de *Sofropedagogía Obstétrica o Educación Maternal*. Debido a su importante labor, el Seguro Obligatorio de Enfermedad le encomienda un programa en 1959 y es en 1986 cuando definitivamente la Educación Maternal se contempla en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Con el paso de los años se ha incrementado su demanda y difusión, de modo que han llegado a estandarizarse como programas específicos, denominados Programas de Preparación al Parto, considerándose elementos fundamentales de la cartera de servicios de la sanidad pública. Dichos programas se desarrollan en el contexto de atención primaria, incluyendo los controles periódicos de salud, las sesiones educativas y el entrenamiento en habilidades prácticas, precisando la implicación de diferentes



profesionales (Mateos, 2002; Sueiro, Castro, García, Vale y Vázquez, 1996). En España generalmente los programas de educación maternal los dirigen las matronas o enfermeras siguiendo las guías de educación maternal recogidas en la cartera de servicios sanitarios públicos propios de cada Comunidad Autónoma.

La mujer de hoy exige una atención sanitaria global a su condición de gestante, Gómez et al. (2009) sugieren que las demandas de información que realizan las mujeres durante su embarazo, se centran tanto en los cambios físicos y cuidados generales de salud, como en los cambios a nivel emocional. Por ello, es fundamental que en el contexto de la atención materno-infantil, la mujer reciba la información adecuada, actualizada, con la cantidad y el momento adecuado. Gómez et al. (2009) añaden que una información inadecuada y deficiente podría ocasionar una situación de ansiedad que podría influir en el estado emocional de la mujer. Además de ofrecer la información apropiada, algunos estudios como el de Barlow y Core (2004) sugieren que los programas de educación maternal pueden tener un papel importante en la promoción de la salud mental de las madres. Diversos estudios afirman que en la educación maternal se pueden encontrar herramientas que mejoren la ansiedad, especialmente cuando la mujer no dispone de otros recursos (Ariza y Sanchez, 1985; Artieta-Pinedo, 2007; Bastani, Hidarnia, Montgomery, Aguilar-Vafaei y Kazemnejad, 2006; Ip, Tang y Goggins, 2009).

Como ya hemos comentado al principio del presente capítulo, a lo largo de las últimas décadas y de forma paralela a la evolución del panorama socio-cultural y político-sanitario de nuestro país, los programas de atención a la maternidad han ido cobrando protagonismo y mejorando en cuanto a la calidad y diversificación de la atención prestada, sin embargo a pesar de mostrarse como herramientas clave en la atención materno-infantil, los programas de educación maternal no cumplen con la función de cubrir las necesidades relacionadas con la salud mental perinatal pertinentes.

Dejando al margen la particularidad de los programas de psicoprofilaxis obstétrica, la mayoría de programas de carácter más general o GPC para la atención de la mujer en el periodo perinatal, realizan un abordaje más centrado en la parte fisiopatológica del proceso del embarazo y el puerperio. Dichos programas proporcionan información de los aspectos principalmente médicos a tener en cuenta durante este periodo. Describen numerosas técnicas de detección precoz de posibles patologías físicas o complicaciones y se especifican protocolos de actuación en los diferentes momentos del embarazo y para las diferentes disciplinas que participan en los cuidados. Sin embargo, la atención al aspecto psicológico del embarazo y el periodo posnatal es

ínfima. En la mayoría de estos documentos pueden aparecer ciertas referencias a la educación sanitaria respecto a la importancia del apoyo social para la mujer, la asistencia a las sesiones de grupo de preparación al parto y aunque también se pone en alerta a los profesionales de la posible aparición de síntomas depresivos después del parto, solamente se indica que debe realizarse una derivación al especialista en salud mental si se estima necesario. Sin embargo, se obvian cuestiones importantes como por ejemplo, las recomendaciones sobre la utilización de instrumentos de cribado validados para detectar posibles problemas psicosociales que puedan desembocar en un trastorno depresivo.

Son los organismos superiores responsables de las políticas de salud a nivel estatal, las encargadas de impulsar la inclusión de la atención a la salud mental perinatal, dentro del repertorio habitual de cuidados que se brinda en la atención materno-infantil. Si desde las instancias gubernamentales superiores se propugnan unas directrices básicas, cada comunidad autónoma puede desarrollar herramientas, como son las GPC, e implementarlas en la práctica clínica real según sus recursos disponibles.

Favorecer y fomentar la elaboración de documentos que avalen empíricamente el modo de proceder para dar cobertura a la salud mental perinatal, permitirá la toma de decisiones seguras y eficientes a los profesionales sanitarios, lo que podría repercutir en una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria actual.

Como avanzamos al inicio, en España esta nueva perspectiva está empezando a vislumbrarse tímidamente, de manera que hoy, se puede apreciar en la elaboración de documentos oficiales, recomendaciones o GPC, un intento de abordar los cuidados de la mujer embarazada de manera más integral, de modo que se empieza a tener en cuenta algún aspecto relacionado con la salud mental de las mujeres en el periodo perinatal.

Un modo de lograr una visión global pero precisa de la situación en la que nos encontramos en nuestro país, respecto a la atención a la salud mental perinatal dentro de los programas de atención a la Salud Materno-Infantil, es hacer referencia a los documentos que son publicados desde los organismos centrales responsables de las políticas de salud.

En la actualidad la elaboración de informes y GPC sobre temas de salud, es una de las prioridades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Entre sus múltiples publicaciones en el año 2014 se presentó la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* dirigida a los profesionales sanitarios, de atención primaria y de atención hospitalaria. Su objetivo fundamental es ofrecer las pautas para

brindar a las mujeres una atención de calidad durante el embarazo y también después del parto, además de ocuparse de diferentes aspectos relacionados con el recién nacido.

Esta GPC pretende ser una herramienta de trabajo para la ayuda en la toma de decisiones en la atención sanitaria de todos los profesionales implicados en el cuidado de las mujeres en el periodo perinatal. Dicho trabajo, se desarrolla ofreciendo una total cobertura a todos los aspectos que deben ser atendidos en el periodo perinatal, desde la consulta preconcepcional, las diferentes etapas del embarazo y el parto, hasta la atención durante el puerperio y la lactancia. Además, incluye información para facilitar su difusión e implementación.

En cuanto a las recomendaciones que ofrece esta GPC con respecto a la salud mental y los posibles problemas emocionales de las mujeres, debemos destacar que se incluye, aunque de modo más bien parcial, algunos aspectos de la atención a los problemas psicológicos y emocionales en las dos etapas, embarazo y puerperio, sin embargo dichas recomendaciones presentan un grado de calidad de la evidencia entre moderado y bajo.

En primer lugar, pretenden dar cobertura a los cambios psicológicos durante el embarazo, justificando la necesidad de realizar una evaluación del estado psicosocial de la mujer durante el embarazo, solo cuando exista sospecha de algún factor importante que pueda afectar el desarrollo del embarazo o el posparto. Sugieren también, que en este periodo los profesionales de la salud deben estar alerta ante los síntomas y signos de la violencia de género. Además añaden que puede utilizarse la EPDS (versión validada al español por García-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro, 2003) como instrumento para el cribado de la depresión. En segundo lugar, la GPC incluye recomendaciones sobre la atención a la salud mental y el uso de herramientas para la detección de trastornos mentales durante el puerperio. Basándose en las recomendaciones de la NICE (2007), se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto, se utilicen dos preguntas para la identificación de la posible depresión posparto (DPP). Además recomienda el uso de la EPDS en las primeras seis semanas tras el parto para confirmar el diagnóstico de depresión.

Además de ofrecer ciertas recomendaciones para la evaluación o detección de los factores psicosocial y los problemas emocionales, la GPC pretende ofrecer referencias sobre algunas intervenciones psicosociales dirigidas a la prevención de la DPP, como son: *grupos de apoyo durante el puerperio; clases preparto y posparto; visitas domiciliarias posparto por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios; cuidados continuados preparto y posparto; apoyo telefónico*. Sin embargo, estas intervenciones

propuestas muestran un grado de calidad de la evidencia de entre bajo y muy bajo, por ello finalmente, la GPC solo especifica como recomendación la realización de grupos, en el contexto de atención primaria, que ofrezcan apoyo psicológico durante el puerperio y refuercen los conocimientos aprendidos en los grupos previos realizados durante el embarazo.

Finalmente, es importante tener en cuenta que esta GPC presenta algunas carencias en lo que se consideraría un abordaje completo a la salud mental perinatal, ya que, en ningún momento se especifican las opciones terapéuticas en cuanto a los tratamientos psicológicos basados en la evidencia disponible, ni tampoco los tratamientos farmacológicos adecuados. Del mismo modo, esta GPC no hace alusión alguna a cómo hacer frente a la necesidad de derivación de las mujeres a los profesionales especialistas en salud mental en caso de ser necesario, ni tampoco establece como proceder para asegurar el seguimiento de las pacientes en tratamiento. A continuación se muestra un resumen de las recomendaciones sobre las pautas más importantes a seguir durante el embarazo y el puerperio para la atención a la salud mental de las mujeres según la GPC comentada.

**Tabla 9- Recomendaciones según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014)**

**PERIODO PRENATAL:**

Se sugiere realizar un cribado del estado psicosocial de las gestantes cuando exista sospecha de algún factor relevante que pueda afectar el desarrollo del embarazo o el posparto (no se recomienda el uso de instrumentos específicos para este cribado).

Se sugiere que los/las profesionales de la salud estén alerta ante los síntomas y signos de la violencia de género durante el embarazo, preguntando a las mujeres por posibles malos tratos en un ambiente en el que se sientan seguras, al menos en la primera visita prenatal, trimestralmente y en la revisión posparto.

*Cribado de depresión durante el embarazo:*

Se puede utilizar la escala EPDS para la identificación de mujeres con riesgo de sufrir una depresión posparto y para su diagnóstico.

**PUERPERIO:**

Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto:

- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”
- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionarían placer?”

Si la mujer contesta **negativamente** a las preguntas se sugiere no continuar con el diagnóstico de DPP.

Si la mujer responde **afirmativamente** a las preguntas se recomienda utilizar la escala EPDS para confirmar el diagnóstico de DPP.

*Respecto al uso de la EPDS:*

Se sugiere tomar como punto de referencia para el diagnóstico de DPP una puntuación de más de 12 puntos.

Se sugiere el empleo de la escala EPDS en las seis primeras semanas tras el parto para asegurar que se discrimina correctamente el riesgo de depresión de las mujeres.

**INTERVENCIONES RECOMENDADAS:**

*Grupos de apoyo durante el puerperio:*

Se sugiere la realización de grupos posparto en Atención Primaria, que ofrezcan apoyo psicológico durante el puerperio y refuercen la adquisición de los conocimientos y habilidades que ya se han trabajado en los grupos de preparación al nacimiento durante el embarazo.

### **1.3 Hacia una visión integradora. Propuesta de la Sociedad Marcé Internacional para la Salud Mental Perinatal**

Para hablar de la promoción y difusión de la investigación de la salud mental de las mujeres en periodo perinatal, es ineludible hacer mención especial a la Sociedad Marcé Internacional (*The International Marce Society for Perinatal Mental Health*). Actualmente, esta es una de las organizaciones más destacadas a nivel mundial y se define como una “sociedad para la comprensión, prevención y tratamiento de la enfermedad mental relacionada con el nacimiento”. Su principal objetivo es promover, facilitar y difundir la investigación sobre todos los aspectos de la salud mental de las mujeres, sus bebés y sus parejas, en torno al embarazo, nacimiento y puerperio.

La Sociedad Marcé Internacional nace a finales de los años 70 gracias a la iniciativa de tres expertos en salud mental perinatal Channi Kumar, James Hamilton e Ian Brockington. Su propósito fue formar una sociedad de carácter internacional y abierta a todos los profesionales, con el fin de mejorar la comprensión, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales relacionados con el embarazo y el nacimiento. Fue en julio de 1980, cuando se celebró en Manchester la primera reunión internacional sobre trastornos mentales del puerperio. A partir de este momento se constituyó oficialmente la Sociedad Marcé Internacional. Australia y Francia fueron las primeras en adherirse a la sociedad y formar sus respectivas sociedades. Con el paso de los años y gracias al creciente interés por la salud mental perinatal, han surgido nuevas secciones en diferentes países, entre ellos España (Sociedad Marcé Española; MARES).

Esta organización lleva a cabo una gran labor de investigación, que se extiende desde las ciencias básicas hasta la investigación sobre los servicios de salud materno-infantil. Como ya hemos comentado es una sociedad multidisciplinar que pretende la participación de todas las disciplinas sanitarias relacionadas con el embarazo y el puerperio (psiquiatras, psicólogos, pediatras, obstetras, matronas, enfermeras pediátricas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras de salud mental, etc.). Además su trabajo se hace extensible a las asociaciones de usuarias y/o grupos de autoayuda.

En el año 2014 la Sociedad Marcé Internacional publicó un documento sobre su posicionamiento respecto a la evaluación psicosocial y la detección de la depresión en mujeres durante el periodo perinatal, *Marcé Internacional Society position statement on psychosocial assessment and depression on screening in perinatal women* que también fue traducido y adaptado por MARES.

Resulta enormemente enriquecedor para nuestro trabajo exponer la perspectiva que propone esta organización respecto a la situación actual y las líneas futuras en cuanto a la evaluación psicosocial y la detección de la depresión en la etapa perinatal, puesto que no pretende hacer recomendaciones específicas ni exponer conclusiones de la evidencia científica al respecto, sino que más bien, pretende contribuir con razones que ayuden en la toma de decisiones por parte de los políticos, de los servicios de salud y también de los clínicos.

La Sociedad Marcé considera que en muchos países desarrollados, el periodo perinatal es una etapa esencial para abordar la salud física, psicológica y social de las familias, ya que durante este periodo el contacto con los profesionales de la salud es más frecuente y las madres y padres suelen estar motivados para recibir la educación para la salud pertinente y realizar cambios favorables. Es por ello que aboga por el establecimiento de una evaluación psicosocial universal, como parte del cuidado habitual durante la maternidad y el posparto. Además añaden que la detección temprana y el tratamiento de la morbilidad psicosocial son especialmente importantes para el funcionamiento de la unidad familiar.

Para lograr una mayor comprensión del escenario que pretendemos mostrar, es importante reparar en algunos conceptos básicos. Según Austin (2004) los programas de evaluación psicosocial en el periodo perinatal, hacen referencia a la evaluación de la situación actual y previa de los factores de riesgo psicosociales, sociales y culturales relacionados con la salud mental de las mujeres. Tal y como añade la Sociedad Marcé, este tipo de evaluación debe abarcar un amplio margen de morbilidad, incluyendo desde los trastornos mentales más graves y menos prevalentes, pasando por los trastornos más prevalentes como la depresión y los trastornos de ansiedad, hasta los factores de riesgo que pudieran dificultar la adaptación a la maternidad, paternidad. Insisten en diferenciar la evaluación psicosocial del screening, puesto que mediante la evaluación no se pretende identificar a las mujeres con un posible diagnóstico en concreto, sino proporcionar una idea multidimensional del contexto psicosocial de la mujer para decidir posteriormente cual será la opción de los cuidados más adecuada. Asimismo, respecto a la detección de la depresión, sugieren que no debe entenderse como el único objetivo de la evaluación, sino que debe formar parte, como un componente de la evaluación psicosocial. Respecto a los instrumentos para el screening, debemos tener en cuenta que no están formulados para obtener un diagnóstico directamente, ya que esto va a requerir una evaluación más completa. En última instancia cabe añadir que cuando se habla de atención integrada en la atención

perinatal, se hace referencia a la importancia de la integración de las especialidades de salud y entre los sistemas primarios, secundarios y terciarios de la atención; a la integración de los componentes de un programa de evaluación psicosocial (la cual consta de: evaluación, incluida la detección de la depresión; formación y supervisión de los clínicos; guía para la toma de decisiones en la atención y derivación); referencia a la integración de los periodos, prenatal y posnatal y de los servicios (por ejemplo, el hospital y la comunidad); finalmente hace referencia a la integración de la evaluación psicosocial con el cuidados maternal habitual en el embarazo y posparto.

Como hemos podido comprobar, actualmente están disponibles una buena cantidad de trabajos científicos, documentos y GPC elaborados en base a la evidencia científica, de sociedades y organismos internacionales (ACOG, 2015; NHMRC, 2012; NICE, 2014; USPSTF, 2016) que promulgan sus propuestas respecto a la actuación frente a la necesidad de establecer una evaluación psicosocial y un cribado de los trastornos emocionales perinatales. En ocasiones estas GPC no siempre coinciden en el planteamiento de sus recomendaciones y además debemos tener en cuenta que la importancia de dichas recomendaciones varía en función de la calidad de la evidencia disponible en el momento de su elaboración, es por ello que puede existir cierta variabilidad en su grado de recomendación respecto algunas cuestiones, como por ejemplo el uso de los instrumentos de cribado.

Al margen de las recomendaciones de las diversas GPC, la Sociedad Marcé expone que la determinación sobre la actuación en el ámbito perinatal de los clínicos, la investigación y las políticas responsables gira en torno a dos cuestiones fundamentales, en primer lugar, el balance coste-beneficio, tanto clínico como económico, de la evaluación psicosocial y la detección de la depresión; y en segundo lugar, la puesta en marcha de esta actividad también en aquellos entornos que cuentan con menores recursos.

En cuanto al ajuste del coste-beneficio clínico sobre la detección universal de la depresión, el debate suma algunos factores que se deben tener en cuenta, como es el caso del mal uso potencial de los instrumentos de screening; la carencia de la robustez psicométrica adecuada de los instrumentos de detección o la variabilidad entre los clínicos en el punto de corte óptimo. Estos factores pueden conducir a un diagnóstico erróneo y un aumento de la prevalencia. Sin embargo, respecto a la evaluación psicosocial son menores los problemas que se plantean y más de carácter metodológico (por ejemplo, el uso de cuestionarios estructurados frente a la entrevista general no estructurada). Además, según los argumentos de la Sociedad Marcé, existe evidencia de



peso a favor de considerar este tipo de evaluación como parte de la evaluación habitual rutinaria en el contexto de atención primaria. Insisten que la evaluación psicosocial es muy valorada por los clínicos por ser una estrategia útil para llegar a las familias (pudiendo detectar problemas como, la violencia de género o la falta de apoyo) y por otro lado, puede favorecer la sensibilización y educación de las mujeres embarazadas o en el posparto y a sus familias, sobre las situaciones que merecen atención especial y la disposición de tratamientos y redes de apoyo. A todo ello, se añade que sería pertinente formar a aquellos clínicos que pertenezcan a centros donde se realicen programas de evaluación psicosocial, además de establecer una supervisión clínica continuada por parte de un profesional de la salud mental.

Con todo ello concluyen que la formación y el apoyo a la atención primaria podrían reducir la necesidad de derivación de las mujeres a los servicios de salud mental, puesto que los profesionales contarían con mejor preparación para el manejo de las pacientes con riesgo psicosocial moderado, depresión o ansiedad.

Finalmente, cabe añadir que la Sociedad Marcé, basándose en la evidencia (Dennis, 2006; Dennis y Hodnett, 2007; Dennis et al., 2009) también plantea en su debate, que la sobrecarga de trabajo en los servicios de salud, podría verse aliviada con el uso de nuevas formas de intervención de baja intensidad, como el uso de algunas formas de TIC's (Tecnologías de la Información y la Comunicación), el apoyo social, el apoyo de colegas o la autoayuda.

Respecto a la evaluación psicosocial y la detección de la depresión en los países poco desarrollados, la Sociedad Marcé advierte que es fundamental partir de la base de que si en estas condiciones apenas disponen de servicios suficientes para la atención a un embarazo y parto seguro, con pocos recursos contarán para la detección de los problemas psicosociales. Además, los instrumentos de evaluación de la depresión están elaborados, en la mayoría de los casos, en países avanzados y por lo tanto, difícilmente se pueden adaptar a las diferencias culturales y sociales de las mujeres de los países poco desarrollados. Al igual que la OMS (2012) también la Sociedad Marcé, plantea necesario revisar el uso de puntos de corte diferentes en estos contextos. Por ello finalmente recomiendan desarrollar métodos de detección específicos adaptados a las particularidades de cada cultura.

Como conclusión final, la Sociedad Marcé Internacional muestra cada vez mayor acuerdo, en emplear una evaluación psicosocial universal en las mujeres durante el periodo perinatal, siempre y cuando se lleve a cabo dentro de un modelo de atención

integral. Pero teniendo en cuenta que, como debe funcionar esta evaluación debe decidirse desde los servicios de salud territoriales.

A continuación se exponen las conclusiones respecto a los principios básicos que deben sustentar los programas de evaluación psicosocial y de detección de la depresión perinatal según el posicionamiento de la Sociedad Marcé Internacional.

**Tabla 10- Declaración del posicionamiento de la Sociedad Marcé Internacional 2013 (Farré-Sender, Farré y Subirá, 2014)**

**Principios orientadores que sustentan los Programas de Evaluación Psicosocial y los Programas de Detección de la Depresión**

**Declaración de la postura de la Sociedad Marcé Internacional 2013**

Cuando se proporciona atención y evaluación psicosocial universal a mujeres en periodo perinatal en el ámbito de la atención primaria, se deben considerar los siguientes principios:

- La importancia de combinar la evaluación de la salud física y emocional, así como del bienestar de las mujeres en el periodo perinatal.
- El impacto de la morbilidad psicosocial sobre la transición hacia la maternidad/paternidad y el apego y desarrollo infantil.
- Los programas de evaluación psicosocial universal que combinen una evaluación del contexto psicosocial/factores de riesgo y detección de una posible depresión actual, así como de integrar dicha evaluación con un seguimiento adicional.
- No existe un modelo único para la evaluación psicosocial. Los métodos para la evaluación psicosocial que serán más efectivos serán aquellos que se utilicen a nivel local, que sean razonables, fáciles de aplicar e interpretar y que, además, puedan ser integrados dentro de los modelos/programas de asistencia locales.
- Momento y frecuencia de la evaluación: Preferiblemente tanto durante el embarazo (como parte de la atención materna de rutina) como durante un periodo apropiado en el posparto (por ejemplo, 3 meses).
- Es esencial una correcta formación y un apoyo adecuado a los servicios de atención primaria de salud (que realizan una evaluación psicosocial integrada) por parte de los servicios de salud mental.
- La evaluación de los antecedentes de trastornos afectivos o de psicosis puerperal deberá estar incluida en cualquier tipo de evaluación psicosocial, dado el mayor riesgo de recurrencia en el periodo postnatal.
- Se debe tener en consideración la seguridad de las madres y bebés en todo momento.
- No realizar una correcta evaluación psicosocial debido a la complejidad de los problemas que puedan surgir y/o a la falta de recursos psicosociales, supone pasar por alto el papel fundamental del bienestar psicosocial materno y neonatal. Esta evaluación tiene un valor intrínseco en cuanto a educar a las mujeres y a las familias, así como de iniciar el diálogo sobre las cuestiones psicosociales.
- Un punto clave de la intervención es la movilización de los apoyos sociales, hecho que es independiente de la participación formal de los profesionales.
- Los programas deben facilitar el acceso a una serie de intervenciones psicosociales de bajo coste en atención primaria, que puedan proporcionar asistencia a las mujeres con problemas leves a moderados (mayoría de los casos).
- Se debe adoptar para cada caso un enfoque de colaboración donde se tendrán en cuenta las preferencias de la madre, con respecto a las opciones de derivación y/o el plan de tratamiento.
- Los programas deben garantizar que la atención psicosocial perinatal es culturalmente sensible y centrado en la familia.
- La forma idónea sería que existiera la derivación por parte del sector primario a los servicios psicosociales perinatales especializados, teniendo en cuenta un modelo de atención paso a paso.
- Es necesario desarrollar una base de evidencia que indique el mejor enfoque de los programas de evaluación psicosocial y los modelos asistenciales adecuados y adaptados a las necesidades locales, así como considerar la evaluación de los costes y beneficios.

Como hemos visto a lo largo del presente capítulo, en la actualidad, existen muchas carencias en la atención psicológica socio-sanitaria en el área materno-infantil, no obstante empiezan a hacerse patentes los esfuerzos, por parte de los organismos responsables, para responder a la necesidad de establecer una atención eficaz de la salud mental en el periodo perinatal. Atención que debe ser presidida por la puesta en marcha de los programas de evaluación psicosocial y detección de los problemas emocionales, integrados a los entornos de salud apropiados. Atención que debe contar con programas de prevención y opciones de tratamiento basados en la evidencia, adaptados al contexto sanitario y de fácil acceso para las mujeres implicadas. Atención que además, debe facilitar el acceso a los servicios especializados de salud mental perinatal e infantil en caso de ser necesario. Todo ello debe ir acompañado de datos de coste/eficacia que permita medir la evolución de las mujeres durante todo el proceso de atención.

A nivel tanto nacional como internacional está aumentando la concienciación de los problemas relacionados con la no atención de la salud mental perinatal, pero es importante seguir trabajando en acumular evidencia que sustente la formulación de estrategias para dotar a las instituciones responsables de herramientas útiles, que faciliten la puesta en marcha de programas para la detección, la prevención y el tratamiento, y que lleguen también hasta las mujeres de los países con recursos limitados.

## **2 Periodo prenatal: El embarazo y la depresión**

Antes de profundizar en el tema principal que pretende abordar el presente estudio, resulta conveniente recapitular algunos conceptos y nociones básicas sobre el embarazo en el ser humano. Sin embargo, dado que el tema principal de la tesis es la depresión prenatal, no realizaremos una revisión exhaustiva sobre el embarazo, sino que destacaremos los aspectos más importantes y más relacionados con el tema de la tesis.

### **2.1 Aspectos biológicos del embarazo normal**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo o gravidez se define como, el periodo que abarca desde el momento en que finaliza la implantación del óvulo fecundado o blastocisto en la cavidad uterina hasta el parto. La implantación comienza cuando el blastocisto se adhiere a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Toda esta progresión ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (Atrash, Friede y Hogue, 1987).

Cuando tiene lugar la fecundación se desencadenan una nueva secuencia de fenómenos que dan lugar a la gestación o embarazo que culminará con el parto. En la consecución de estos fenómenos biológicos el sistema endocrino juega un papel fundamental. Los dos tipos de hormonas ováricas que mayor influencia ejercen en la reproducción femenina son los estrógenos y los gestágenos. El estrógeno más importante es la hormona estradiol y el gestágeno más importante es la progesterona (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Los cambios fisiológicos que sufre una mujer en periodo gestacional son amplios, intensos y duraderos, pueden ocurrir hasta seis meses después del parto, con ellos se logra el ambiente adecuado para el desarrollo de la gestación, sin ver comprometida la salud de la mujer sana (Cabero et al., 2007).

La literatura médica sobre el embarazo describe como las modificaciones en el cuerpo de la mujer durante el embarazo se acompañan en la mayoría de las ocasiones, de una serie de síntomas o molestias, que pueden afectar a la gestante y que pueden tener notables implicaciones, ya que tal y como apuntan Cabero et al. (2007), todos

estos cambios anatómicos y fisiológicos pueden estar íntimamente relacionados con los cambios psicológicos que se experimentan en esta etapa de la vida de la mujer.

Pero para lograr una comprensión más extensa de la relación entre los cambios fisiológicos del embarazo y las alteraciones emocionales es fundamental, detenernos en el estudio del funcionamiento hormonal y neurobiológico que acontece en el periodo de embarazo y posparto, para que de este modo podamos conseguir una perspectiva amplia que nos ayude a entender su posible conexión con la etiología y el desarrollo de las alteraciones del estado de ánimo en el periodo prenatal.

## ***2.2 Importancia de la función hormonal en el estado emocional prenatal de la mujer***

Actualmente existen numerosas teorías científicas que argumentan la gran influencia de las fluctuaciones hormonales sobre el estado emocional y afectivo en las personas. El embarazo de una mujer, es el ejemplo claro de aquellas situaciones en las que se producen gran cantidad de cambios a nivel hormonal. Existe evidencia científica que defiende como las fluctuaciones hormonales juegan un papel en la etiología de la depresión en las mujeres, en particular durante las fases reproductivas (Studd y Panay, 2009; Zonana y Gorman, 2005).

Algunos estudios (Kessler, 2003; Marcus, 2009) apuntan que es probable que el periodo de mayor riesgo de las mujeres para el desarrollo de depresión sea en sus años fértiles. Durante estos años de mayor fertilidad, la mujer experimenta por su propia naturaleza, fluctuaciones de los niveles de hormonas esteroideas y peptídicas. Por ejemplo, los resultados del trabajo de Gutiérrez-Lobos, Scherer, Anderer y Katschnig (2002) demostraron que la diferencia en el riesgo de presentar depresión en las mujeres durante edad fértil era 2 o 3 veces mayor al de los hombres, mientras que el riesgo se reducía a 1.5 cuando ya no se encontraban en edad fértil.

### **2.2.1 Estrógenos/Progesterona**

Son abundantes los trabajos científicos que a lo largo de los últimos años, han intentado averiguar la relación entre los niveles de las hormonas implicadas en el embarazo y la aparición de trastornos del estado de ánimo como la depresión. En estudios como Buckwalter et al. (1999) se vio como en las mujeres embarazadas, las concentraciones de progesterona (pero no de estradiol) se asociaban con la aparición de

depresión. En otro estudio, Pearson Murphy, Steinberg, Hu y Allison (2001) demostraron según sus análisis, que el metabolito 5  $\alpha$  -Dihydroprogesterone de la progesterona, se encontraba en un nivel significativamente mayor en las mujeres embarazadas con depresión, en comparación con las mujeres embarazadas del grupo control no deprimidas, durante su segundo y tercer trimestre de embarazo. Bennett Einarson, Taddio, Koren y Einarson (2004a) relacionó en su estudio, el aumento de los niveles de progesterona y estradiol que se dan durante el embarazo y la relación con los episodios depresivos. Demostraron en sus resultados que este aumento fisiológico de hormonas coincide con el aumento de las tasas de prevalencia de un episodio depresivo, presentado cifras del 7.4 %, 12.8 % y 12.0 % durante el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente. En un estudio más reciente realizado con mujeres chinas embarazadas, se pudo observar como los niveles de progesterona y de estradiol se correlacionaron significativamente con las puntuaciones en depresión en los tres trimestres de embarazo (Fan et al., 2009).

Todos estos resultados, podrían estar apuntando hacia el supuesto de que las mujeres que son vulnerables a la depresión, pueden ser diferencialmente sensibles a los aumentos de los estrógenos y la progesterona (Workman, Barha y Galea, 2012). Pero, no solo el embarazo está sujeto a la influencia de los cambios hormonales, también el periodo de posparto puede verse afectado por las fluctuaciones drásticas de las hormonas gonadales y las hormonas adrenales, lo cual merece especial atención y consideración.

Existen estudios que afirman que el riesgo para las mujeres de desarrollar trastornos del estado de ánimo, es más alto durante el periodo de posparto y durante la transición a la menopausia (Freeman et al., 2004; Woods et al., 2008), estos resultados no estarían del todo de acuerdo a los propuestos por otros autores como Kessler (2003) o Marcus (2009) que anteriormente comentábamos, de cualquier modo, también apuntan a la implicación de las hormonas gonadales en la etiología de la depresión perinatal.

Un buen ejemplo que intenta contribuir a la evidencia sobre la etiología de la depresión posparto (DPP) es la "hipótesis de retirada ovario-esteroide" (Bloch et al., 2000; Galea et al., 2001; Hendrick et al., 1998). Esta hipótesis postula que la caída repentina de estradiol y progesterona acontecida después del parto y la expulsión de la placenta, juega un papel importante en la aparición de la tristeza posparto, fenómeno que según algunos estudios como (Bloch Daly y Rubinow, 2003; Douma, Husband, O'Donnell, Barwin y Woodend, 2005; Hendrick, Altshuler y Suri, 1998) se observa en el

80% de las mujeres poco después del parto y que puede convertirse en DPP. Estudios más recientes (Brummelte y Galea, 2010) sugieren que la evidencia indica como las disminuciones repentinas en los niveles de estradiol y/o progesterona pueden predisponer a las mujeres vulnerables a la depresión.

Las teorías de abstinencia hormonal sostienen que, dada la proximidad temporal entre los cambios hormonales relacionados con el parto y la ocurrencia de la tristeza posparto, la DPP o la psicosis posparto, este drástico cambio en los niveles de las principales hormonas esteroideas (estradiol y progesterona) que ocurren respecto al embarazo, podría estar causalmente relacionado con los trastornos del estado de ánimo después del parto en algunas de las mujeres vulnerables (O'Hara, Schlechte, Lewis y Varner, 1991a; Workman et al., 2012). En otros estudios como el de Bloch et al. (2000), se vio que no solo la abrupta disminución de las hormonas esteroideas podría estar influyendo en la aparición de la DPP, sino que también las fluctuaciones del estradiol y progesterona podrían influir en la etiología de la DPP (Bloch et al., 2000).

Como hemos ido comentando a lo largo del presente capítulo, en el embarazo es muy característico el incremento de los niveles de hormonas esteroideas femeninas, concretamente de estradiol y progesterona. Muchas son las funciones de estas hormonas en todo el proceso, y entre ellas está la de preparar los circuitos neuronales que permiten la expresión de la conducta materna tras el parto (Bridges, 1984; Numan, 2007).

### **2.2.2 Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal**

Además de las fluctuaciones en las hormonas gonadales durante el embarazo y el posparto, también es importante tener en cuenta que otros sistemas como el eje HPA sufren cambios significativos. Numerosos estudios sugieren que las hormonas relacionadas con el embarazo, podrían influir en la reactividad del eje HPA durante este periodo (Lightman et al., 2001; Torner, Toschi, Nava, Clapp y Neumann, 2002).

Abundante evidencia científica demuestra cómo la aparición de algunos trastornos del estado de ánimo, pueden estar relacionados con las hormonas reproductoras femeninas, y su asociación con las alteraciones en la actividad del eje HPA, sobretodo en el momento más cercano al parto y el puerperio inmediato (Bloch et al., 2000; Bloch et al., 2003; Greenwood y Parker, 1984; Magiakou et al., 1996; Mastorakos y Ilias, 2003; Wisner y Stowe, 1997).



Uno de los cambios más significativos durante el embarazo, es que la placenta produce sus propias hormonas esteroideas y peptídicas, que pueden interferir con el equilibrio hormonal y la homeostasis de la madre. El embarazo humano es una condición fisiológica singular, en el que existe un bucle de realimentación positivo con los sistemas de regulación del eje HPA (Glynn, Davis y Sandman, 2013). Hacia la séptima semana de gestación, las células sincitiales de la placenta, producen un aumento de los niveles de CRH (hormona liberadora de corticotropina placentaria (CRHp)), de forma exponencial (Jones, Brooks y Challis, 1989; Riley, Walton, Herlick y Challis, 1991), la cual presenta una bioactividad e inmunorreactividad idéntica a la CRH hipotalámica. La regulación del eje HPA se ve modificado durante la gestación, lo cual tiene implicaciones en cuanto a su función, que persisten hasta bien entrado el periodo de posparto (Glynn, Davis y Sandman, 2013). También Yim et al. (2009), reportó en su estudio que durante el embarazo el nivel de ACTH se encuentra aumentado.

A diferencia de la influencia inhibidora de los glucocorticoides sobre la CRH en el hipotálamo, los glucocorticoides activan la región promotora y estimulan la síntesis de CRH en la placenta (Cheng et al., 2000; Robinson, Emanuel, Frim y Majzoub, 1988). Tanto en estudios en vivo, como en estudios in vitro se ha documentado que los glucocorticoides estimulan la producción de CRH a partir de células de la placenta de manera dosis-respuesta (Cheng et al., 2000; Glynn Dunkel-Schetter, Chicx-DeMet, Hobel y Sandman, 2007; King, Smith y Nicholson, 2001; Sandman et al., 2006). El hecho de que en el embarazo la CRH sea producida también por la placenta (CRHp), puede suponer una fuente adicional de CRH, que posteriormente como ya sabemos, disminuye de forma radical en el parto. El feedback positivo que se forma, puede ocasionar un elevación drástica de la CRH, ACTH y cortisol a lo largo de la gestación (Glynn y Sandman, 2012).

Es habitual pensar que este fenómeno puede repercutir de manera crucial en la función y regulación del eje HPA en la madre, sin embargo los resultados de los estudios se muestran contradictorios. Por ejemplo, en el estudio de Rich-Edwards et al. (2008) encontraron una asociación positiva entre los síntomas depresivos en el periodo prenatal y los niveles elevados de CRHp en la mitad del embarazo, pero dichos niveles hormonales no se asociaron con la DPP. Dos estudios posteriores encontraron que en las mujeres, la CRHp estaba aumentada a mitad de gestación (25-32 semanas), pero no el cortisol, lo cual tuvo un valor predictor significativo en la aparición de síntomas de DPP a los 2-3 meses, pero no a los 6 meses después del parto (Glynn y Sandman, 2014; Yim et al., 2009). Por otra parte, Meltzer-Brody et al. (2011) obtuvieron resultados contrarios.

Estos autores llevaron a cabo un gran estudio prospectivo longitudinal, con más de mil mujeres, seguidas durante el embarazo y 12 meses después del parto, en sus resultados no encontraron evidencia de una asociación directa entre la CRHp y un estado de ánimo depresivo, ni durante el embarazo ni en el puerperio (Meltzer-Brody et al., 2011).

Actualmente es conocido que el eje HPA y el eje HPG (Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal) interactúan en sus diversas funciones (Mastorakos, Pavlatou y Mizamtsidi, 2006; Viau, 2002). La evidencia demuestra que los estrógenos pueden aumentar las concentraciones de glucocorticoides (Figueiredo, Ulrich-Lai, Choi y Herman, 2007). Sabiendo además, que según algunos estudios, las mujeres son más propensas a las enfermedades inducidas por el estrés, como puede ser la depresión (Gutiérrez-Lobos et al., 2002), autores como Brummelte y Galea (2010) proponen que es posible que la capacidad de respuesta de estradiol al aumento de glucocorticoides (y al revés) se vea afectada durante el embarazo y el posparto. En este estudio los autores apuntan que, debido a las interacciones entre el eje HPA y el eje HPG y la especial fisiología del sistema endocrino femenino, la mayor sensibilidad al estrés y la vulnerabilidad para la depresión en las mujeres, pueden verse contribuidas por las notables fluctuaciones de los niveles de las hormonas ováricas. Este hecho junto a las condiciones ambientales y las predisposiciones genéticas pueden jugar un papel crucial en la aparición de la DPP (Brummelte y Galea, 2010).

En cuanto al periodo prenatal, también la mayoría de los resultados más recientes son discordantes. Es importante tener en cuenta que durante el embarazo la liberación de CRHp y ACTH, contribuyen al mantenimiento de niveles elevados de cortisol durante el curso del embarazo (Thomson, 2008). Por su parte, Parcels (2010) observó en su trabajo, que las mujeres embarazadas que presentaban sintomatología depresiva, tenían una percepción de la vida más estresante y estas eran las que tenían concentraciones de cortisol en reposo más altas, en comparación con las mujeres embarazadas que no estaban deprimidas (Parcells, 2010). Por el contrario, otros estudios han reportado que no existe relación significativa entre el cortisol y los síntomas depresivos durante el embarazo (Figueiredo y Costa, 2009; King et al., 2010; Pluess, Bolten, Pirke, y Hellhammer, 2010). No obstante, debemos tener en cuenta que en algunos de estos estudios ciertos criterios pueden ser sustancialmente diferentes, por ejemplo, la medición de algunas variables, la inclusión de participantes que no cumplen con los criterios de diagnóstico para la depresión clínica, la fuente de toma del nivel de cortisol (urinaria o salivar), la hora del día de toma de muestras o la edad gestacional, lo cual puede provocar sesgos a la hora de establecer conclusiones globales.

### 2.2.3 Oxitocina

Además de las hormonas esteroides, la oxitocina ha cobrado especial protagonismo recientemente, por su posible participación en la depresión y su posible uso como un biomarcador de la depresión (Kim et al, 2014; McQuaid, McInnis, Abizaid y Anisman, 2014).

En el embarazo lo primordial es que las neuronas encargadas de la síntesis de oxitocina se mantengan en reposo, con el fin de que puedan acumularla, sin que el parto se produzca prematuramente (Brunton y Russell, 2010). Algunas respuestas fisiológicas, así como las señales sociales, incluyendo señales táctiles y olfativas presentes en la interacción madre-bebé, producen una liberación de oxitocina (Uvnäs-Moberg, 1998) indicando pues, que esta hormona juega un papel central en la integración de la respuesta fisiológica y conductual en la reproducción femenina (Russell y Leng, 1998).

Los niveles de algunas hormonas, como es el caso de la oxitocina, son importantes en la consecución idónea de los acontecimientos que engloban un embarazo y el periodo del posparto. En los resultados de algunos estudios como Olza (2010) se hipotetiza que en un parto por cesárea programada, habría una ausencia del pico de oxitocina endógena propia del parto natural, lo cual podría dar lugar a mayores dificultades en el establecimiento del vínculo y en el reconocimiento del hijo/a como propio, lo cual podría correlacionar con la sensación de extrañamiento que a veces describen las madres tras una cesárea.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, autores como Brummelte y Galea (2016) sugieren que tanto la oxitocina como los glucocorticoides pueden interactuar durante el embarazo y el posparto para propiciar un aumento en la vulnerabilidad a los estados de ánimo depresivos.

Debido al creciente interés en el estudio del papel de la oxitocina y su relación con la depresión y las alteraciones del estado de ánimo, Massey, Backes y Schuette (2016) han realizado recientemente un estudio de revisión sobre la evidencia de una posible relación entre la concentración de oxitocina periférica y los síntomas depresivos en los seres humanos. Los autores sugieren que según los estudios disponibles realizados con mujeres embarazadas, podría existir una relación inversa entre el nivel de oxitocina y la gravedad de los síntomas depresivos. Finalmente concluyen que es necesario superar las limitaciones metodológicas de los estudios y seguir acumulando evidencia de calidad, que permita averiguar la verdadera relación de la oxitocina en la patogénesis de la depresión (Massey, Backes y Schuette, 2016).

Como hemos podido comprobar, muchos trabajos científicos actuales sugieren que las modificaciones hormonales que se dan durante el embarazo y el puerperio pueden jugar un papel importante en el desarrollo de la depresión en las mujeres.

Parece que en líneas generales, los esfuerzos en la investigación suelen recaer más en la etiología de la depresión en periodo de posparto que en el periodo prenatal. Tal y como afirman Workman et al. (2012) en su trabajo de revisión, a pesar de los avances en la investigación de los mecanismos neuroendocrinos de la depresión prenatal, la evidencia no es suficientemente contundente con respecto a la relación entre las concentraciones de hormonas y la depresión durante el embarazo. Es por ello necesario seguir acumulando investigación en este campo que permita afirmar de manera rotunda sus supuestos.

### ***2.3 Aspectos destacados de la neurobiología de la depresión en el periodo prenatal***

A continuación intentaremos sintetizar algunos de los hallazgos más destacados respecto a la neurobiología relacionada con los trastornos del estado de ánimo en la etapa perinatal.

Podemos empezar diciendo que lejos de ser un sistema independiente, la fisiología de los circuitos neuronales, juega un papel crucial en el entramado del funcionamiento hormonal general. Por ejemplo, desde el punto de vista filogenético, el sistema serotoninérgico es uno de los más antiguos sistemas de transmisión en el cerebro. Presenta una compleja innervación generalizada, que alcanza la mayoría de las estructuras corticales y subcorticales, con más de una docena de subtipos de receptores, todo ello hace que aparezca una gran diversidad de oportunidades de señalización y roles funcionales que explican la asociación de la serotonina con muchos tipos diferentes de condiciones psicopatológicas (Mann, 1999).

Diversos estudios señalan que el sistema serotoninérgico juega un papel clave en la fisiopatología de la depresión. El mantenimiento de unos insuficientes niveles de serotonina pueden estar implicados en la etiología de la depresión, sin embargo, no se ha podido establecer una relación de causalidad al respecto (Cubala y Landwski, 2006; Lacasse y Leo, 2005; Neumeister, 2003; Neumeister, Young y Stastny, 2004). El estradiol y la progesterona tienen numerosos efectos e interacciones con otras hormonas y también con neurotransmisores (Bloch et al., 2003). Algunos estudios relacionados muestran como estas hormonas (estradiol y la progesterona) intervienen en la

modulación de los neurotransmisores de los sistemas de serotonina y dopamina (Cabero et al., 2007).

Son numerosos los trabajos científicos que intentan arrojar luz sobre la posible interacción del sistema serotoninérgico y las hormonas esteroideas. Por ejemplo, Gu et al. (2003) mostraron que las mujeres con DPP de su estudio tenían menores niveles plasmáticos de serotonina que las mujeres de su grupo control que no estaban deprimidas. Del mismo modo, estradiol y progesterona también parecen intervenir en la modulación de la dopamina, neurotransmisor que como ya sabemos, puede jugar un papel importante en la aparición de ciertos trastornos emocionales. No son abundantes los trabajos científicos con seres humanos que relacionen la función de los neurotransmisores como la dopamina y la depresión perinatal. Sin embargo, autores como Byrnes, Byrnes y Bridges (2001) utilizaron modelos animales que les permitieron obtener importantes conclusiones, como que los efectos de la abstinencia o caída de estradiol sobre la aparición de alteraciones del estado de ánimo durante el puerperio, pueden ser mediados, en parte, por la función dopaminérgica (Byrnes et al., 2001).

En un trabajo de revisión, Field, Diego y Hernandez-Reif (2010) determinan basándose en un estudio anterior (Field et al., 2008) que los niveles de dopamina materno durante el embarazo están relacionados de forma negativa con la depresión prenatal y de manera positiva con el nivel de dopamina del neonato y la regulación de su comportamiento. No obstante, los autores añaden que estos resultados podrían estar en parte, sesgados por la intervención de la serotonina.

Además de la función de los sistemas de neurotransmisión, también a nivel anatómico ocurren modificaciones significativas en el encéfalo (corticales y subcorticales) durante el embarazo y el postparto.

En general, existe escasa investigación acerca de los cambios corticales en estructura y función que pueden ocurrir durante el embarazo y posparto, pero resulta interesante destacar que en estudios con modelos animales, se ha comprobado que, la experiencia reproductiva induce cambios estructurales en células gliales en la corteza cerebral (Salmaso, Nadeau y Woodside, 2009; Salmaso, Quinlan, Brake y Woodside, 2011) pero las implicaciones funcionales de estos cambios actualmente siguen siendo desconocidas.

Un importante meta-análisis llevado a cabo por McKinnon, Yucel, Nazarov y MacQueen (2009) ha demostrado que estructuras cerebrales como el hipocampo, la corteza prefrontal (CPF) y la amígdala están implicados en la neurobiología de la depresión. En este mismo trabajo, los autores mostraron que los pacientes deprimidos

presentaban un volumen del hipocampo más pequeño después de 2 años con los síntomas depresivos y que el volumen del hipocampo más pequeño fue visto en los niños y los adultos de mediana edad o mayores. Este hallazgo puede sugerir según Brummelte y Galea (2016) que las hormonas gonadales podrían mediar en los cambios en el volumen del hipocampo en los adultos jóvenes.

En el panorama científico actual, todavía existen pocos estudios que examinen exclusivamente, la neurobiología de la depresión en periodo prenatal. Sin embargo, desde una perspectiva más amplia que incluya el pre y posparto, tenemos al alcance trabajos empíricos que permiten una visión aproximada de los hallazgos más importantes.

Recordemos que durante el embarazo y el posparto tiene lugar una gran variedad de fenómenos que implican un componente de neuroplasticidad importante, tanto en el cerebro de la madre como del propio bebé. Por ejemplo, durante el embarazo se produce una disminución del volumen total del cerebro que se recupera hasta alcanzar niveles normales dentro de los 6 meses después del parto (Oatridge et al., 2002). También durante el embarazo, tiene lugar un proceso de neurogénesis en algunas áreas específicas del cerebro, especialmente el hipocampo y el bulbo olfatorio que en cierto modo facilitarán la transición a la conducta maternal tras el parto (Kim et al., 2010b). En este sentido, Swain et al. (2008), demostraron que el estado de ánimo de las madres estaba relacionado con la activación de áreas específicas del cerebro en respuesta al llanto de su propio hijo. Asimismo, un estudio reciente realizado por Laurent y Ablow (2013) reveló que las mujeres con antecedentes de depresión durante el embarazo o el posparto, presentaban una respuesta debilitada por parte de la corteza cingulada dorsal anterior cuando se enfrentaban a las respuestas de angustia de su propio bebé. Además, los síntomas depresivos presentes en las mujeres, se asociaron con una menor activación en las regiones de la corteza orbito-frontal, la ínsula, el cuerpo estriado y la CPF, en respuesta a los rostros alegres de su propio bebé (Laurent y Ablow, 2013).

Por último, resulta interesante comentar el estudio de revisión realizado por Moses-Kolko, Horner, Phillips, Hipwell y Swain (2014), en este trabajo se resumen los principales hallazgos de los estudios con resonancia magnética funcional, sobre las respuestas de mujeres con DPP, cuando se enfrentan a diversos estímulos como palabras con carga emocional negativa, rostros infantiles o gritos de los niños. Los autores concluyen que, las mujeres con DPP tienen una menor actividad en la amígdala, el estriado dorso-medial, la CPF, la corteza cingulada dorsal, pero un aumento de la

actividad en la región insular en comparación con las respuestas de las mujeres sanas a estos estímulos. Finalmente destacan de forma especial que, las madres con apego inseguro, presentan una menor activación de la amígdala, niveles más bajos de oxitocina/prolactina en caso de cesárea y más síntomas depresivos y ansiosos como respuesta a los estímulos emocionales negativos y la angustia del bebé.

Finalmente cabe señalar, que autores como Brummelte y Galea (2016) advierten que la mayoría de la evidencia sugiere que múltiples neurotransmisores y factores neurotróficos se alteran tanto en trastornos específicos como la DPP, como con otros trastornos emocionales. Por ello, prestar atención a los resultados de los estudios que hoy disponemos y ampliar sus hipótesis respecto a los cambios neurobiológicos que parecen estar específicamente relacionados con los estados de ánimo y las conductas maternas, pueden ayudar a discernir la verdadera etiología de la depresión prenatal y posparto en comparación con la depresión general.

## **2.4 Hallazgos genéticos relacionados con la depresión prenatal**

En los últimos años ha habido un gran número de avances en el estudio de los mapas genéticos relacionados con diferentes alteraciones psicopatológicas. Los trastornos del estado de ánimo en el periodo perinatal no son una excepción y cada vez más la investigación científica se centra en el análisis de los procesos genéticos subyacentes a estas patologías.

A continuación, se mencionaran algunos estudios llevados a cabo recientemente que pueden ayudarnos a ejemplificar la idea de la influencia de la genética en la aparición de los trastornos del estado de ánimo en el periodo perinatal.

La evolución en este tipo de investigación puede arrojar luz sobre las diferencias en la vulnerabilidad a los cambios hormonales, como es el caso de los niveles de esteroides gonadales, que se producen durante el parto. Por ejemplo, Segman et al. (2010) realizaron un estudio genético en el que se comparó 9 mujeres con DPP y 10 mujeres sin DPP. Los resultados mostraron como los perfiles de expresión génica clasificaron correctamente el 84% de las pacientes como deprimidas o no deprimidas, además la expresión génica se correlacionaba con la gravedad de los síntomas depresivos y el curso clínico de la enfermedad. Los resultados mostraron que, las mujeres con DPP presentaban una reducción global de la transcripción de genes después del parto, una activación inmune diferencial, una disminución de la proliferación celular de la unión de nucleótidos, y la replicación y reparación del ADN.

En un estudio de asociación genómica a gran escala (N=1210) se examinaron algunas variables de influencia genética sobre los síntomas depresivos en el posparto y se mostró en los resultados una evidencia, modesta, de asociación entre los síntomas relacionados con el estado de ánimo después del parto y un polimorfismo de un solo nucleótido en el cromosoma 1 en el gen HMCN1 (Mahon et al., 2009). Estos autores apunta que debido a que el gen HMCN1 contiene cuatro puntos de unión de estrógenos, podría contribuir en la aparición de un fenotipo caracterizado por el desequilibrio del estado de ánimo, en el contexto de los cambios normales en los niveles de esteroides gonadales que ocurren en el parto (Mahon et al., 2009).

Actualmente existe un creciente interés por la investigación de las modificaciones epigenéticas y los biomarcadores de la DPP. Guintivano, Arad, Gould, Payne y Kaminsky (2014) llevaron a cabo un estudio con dos grupos de mujeres con y sin antecedentes de DPP y siguieron ambos grupos de forma prospectiva durante el embarazo y el posparto. En sus resultados encontraron patrones de metilación del ADN alterado en las mujeres con DPP comparadas con el grupo de mujeres eutímicas. Los autores reportaron que los niveles de metilación en ciertas zonas de los genes HP1NP3 y TTC9B se modificaron en las mujeres con DPP. Los autores determinaron que estos genes están implicados en la señalización mediada por estradiol (en el caso de HP1NP3) y ligados a la plasticidad del hipocampo (en el caso de TTC9B). El hecho de que estas modificaciones epigenéticas estén asociadas con el estradiol y relacionadas con la plasticidad, da crédito a la teoría de que la retirada de estradiol podría estar vinculada a la DPP en las mujeres vulnerables (Brummelte y Galea, 2016).

Es sumamente complejo poder sintetizar los resultados de todos los estudios experimentales que presentan resultados sobre la influencia de los niveles hormonales, sistemas de regulación neuronal, cambios neuroanatómicos, función neuroendocrina o genética, que intervienen durante el periodo perinatal en la fisiología de la mujer y su repercusión sobre los cambios en el estado de ánimo. A pesar de ello, existe evidencia científica suficiente, para sugerir que todos estos fenómenos intervienen de un modo crucial, en la determinación de la susceptibilidad que pueden presentar algunas mujeres en el embarazo o el posparto a experimentar trastornos del estado de ánimo.

Es muy probable que tanto los mecanismos genéticos y neuronales como los factores ambientales junto con los cambios normales en los niveles de los esteroides gonadales que ocurren antes y después del parto, contribuyan al desarrollo de esa vulnerabilidad que presentan algunas mujeres a la aparición de depresión en el periodo perinatal. Todos estos aspectos deberían recibir mayor atención por parte de las



investigaciones científicas en la materia, para esclarecer el peso de su influencia, tanto en la depresión prenatal como en la DPP y de este modo, poder ser utilizados en el desarrollo de mecanismos de prevención de la depresión perinatal óptimos y adaptados a las características idiosincráticas de cada mujer.

## 3 Psicopatología perinatal

### 3.1 La depresión prenatal

#### 3.1.1 Evolución de los criterios diagnósticos de la depresión relacionada con el periodo perinatal

El interés por la etiología y el desarrollo de la enfermedad mental se remonta a la época antigua, ya Hipócrates, padre de la medicina, reflexionaba entre otras muchas ideas sobre el concepto de salud y sostenía que para tener salud había que mantener en equilibrio los cuatro humores básicos: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, esta última conocida también como la melancolía, palabra que proviene de la unión de los términos 'melan' (negro) y 'jole' (bilis). Un exceso de esta bilis negra provocaba tristeza en el individuo (Conti, 2007). De forma paralela y bajo la misma influencia filosófica de la época, empieza a relacionarse el periodo posparto y las alteraciones del estado de ánimo, especialmente la psicosis, que se remonta también a Hipócrates (700 a. C.). Algunos consideran que ya más en adelante, en el siglo XI, Trotula, doctora en Salerno, fue la primera que reconoció la DPP como entidad en su libro *De Passionibus Mulierum Curandarum*: “si el útero está muy húmedo, el cerebro se llena de agua, y la humedad cae hacia los ojos, forzándoles involuntariamente a derramar lágrimas” (Citado en Brockington, 2005, p. 2). Pero no fue hasta finales del siglo XIX y principios del XX cuando se empezó a estudiar la depresión con profundidad. El siglo XIX fue una época de grandes avances en el complejo mundo de los trastornos mentales, destacan figuras cuyas aportaciones hicieron grande el mundo de la psiquiatría como son Pinel, Esquirol, Heinroth, Griesinger, entre otros. Se trata de una época en la cual la corriente imperante es la mecanicista, pero ya empieza a vislumbrarse opiniones acerca de las causas psicológicas de la melancolía (Conti, 2007). En 1818, Esquirol describió una mujer que presentó depresión durante cada uno de sus cinco embarazos. En 1858, Louis Victor Marcé publicó el *Traité de la folie des femmesenceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas), considerado como el primer tratado de psiquiatría perinatal (Olza, García-Esteve, Lasheras y Farré, 2011). Uno de los primeros autores que empezó a profundizar en el estudio de la depresión y a utilizar esta expresión en términos generales, fue el alemán Emil Kraepelin, el cual además hacía referencia a los diferentes tipos de

melancolía como *estados depresivos* (Conti, 2007). Ya en el siglo XX se realizaron importantes cambios de la mano de autores destacables como, Sigmund Freud, conocido como el padre del psicoanálisis, y Adolf Meyer, quién propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión (Korman y Sarudiansky, 2011). Una de las descripciones más extendidas de la DPP fue la de Brice Pitt (1968), quien utilizó por primera vez el término de depresión “atípica” para referirse a la DPP, dado el importante componente ansioso observado, que describía como una marcada labilidad emocional e irritabilidad, sentimientos de incapacidad y confusión con un patrón de variación diurna con empeoramiento vespertino, que mostraban las mujeres después del parto. Más tarde, con la aparición de los primeros sistemas diagnósticos de clasificación de la *American Psychological Association* (APA): *Diagnostic and Statistical Manual-I* (DSM-I, APA, 1952) y DSM-II (APA, 1968) se introdujeron los términos de *reacción depresiva* y *neurosis depresiva*, respectivamente.

En la década de los 70 un grupo de médicos de EE.UU presentó el término *trastorno depresivo mayor* (TDM) como parte de las propuestas de criterios diagnósticos basados en patrones de síntomas y fue en 1980 cuando se incorporó en el DSM-III (Philipp, Maier y Delmo, 1991). Es en la publicación del DSM-IV de 1994, cuando aparece por primera vez la especificación del trastorno depresivo *con inicio en el posparto*. Según indica este manual, la especificación *con inicio en el posparto* se puede aplicar al trastorno depresivo mayor, maníaco o episodio mixto de trastorno depresivo mayor, al trastorno bipolar I o bipolar II o al trastorno psicótico breve, si el inicio ocurre dentro de las 4 semanas después del parto. En el manual se añade que, en general, la sintomatología del episodio posparto de depresión mayor, maníaco o mixto no difiere de la sintomatología dada en los episodios de alteración del estado de ánimo que ocurren fuera del periodo de posparto y además, puede incluir características psicóticas. Sin embargo, un curso fluctuante y estado de ánimo lábil pueden ser más comunes en los episodios que ocurren en el posparto (DSM-IV, 1994). En la versión revisada del DSM-IV de 2002, la clasificación es muy similar y se reduce del mismo modo a una especificación.

Tanto en los sistemas de clasificación DSM como en la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) se considera la depresión como parte del grupo de los trastornos afectivos, aunque ambos sistemas presentan diferencias en cuanto a los criterios de gravedad, duración y curso. Además con la reciente publicación del DSM-5, han habido algunas modificaciones adicionales, por ejemplo, se dedica un capítulo

específico a los trastornos depresivos, separándose de otros trastornos como el trastorno bipolar y otros relacionados (APA, 2013).

En el DSM-IV-TR, como ya se ha comentado en líneas anteriores, la alusión al periodo perinatal aparece como una especificación, *con inicio en el posparto*, que puede aplicarse al EDM, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un TDM, trastorno bipolar I o bipolar II o a un trastorno psicótico breve. También detalla que el inicio del episodio debe darse en las primeras 4 semanas del posparto.

Para saber qué lugar ocupa el diagnóstico de la depresión prenatal según el DSM-IV-TR, es importante prestar atención a los subtipos de depresión que presenta el manual (ver Tabla 11). Según la clasificación dictada por el DSM-IV-TR, se tiene que especificar si es con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos o de inicio en el posparto. Es decir, que es en este punto en el que se especifica que la depresión ocurrida en el periodo de posparto supone un subtipo y se considera como una identidad concreta, pero en ningún caso se contempla la totalidad del periodo perinatal como tal. La especificación se centra solamente en el periodo de posparto.

**Tabla 11- Subtipos de depresión en el DSM-IV TR**

**Criterios para la especificación de síntomas melancólicos:**

A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)

B. Tres (o más) de los siguientes:

1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido).
2. La depresión es habitualmente peor por la mañana.
3. Despertar precoz (al menos, 2 horas antes de la hora habitual de despertarse).
4. Enlentecimiento o agitación psicomotores.
5. Anorexia significativa o pérdida de peso.
6. Culpabilidad excesiva o inapropiada.

**Criterios para la especificación de síntomas catatónicos:**

El cuadro clínico está dominado por, al menos, dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o por estupor.
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido).
4. Peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada.
5. Ecolalia o ecopraxia.

**Criterios para la especificación de síntomas atípicos:**

Con síntomas atípicos: puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico.

A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).

B. Dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Aumento significativo del peso o del apetito.
2. Hipersomnia.
3. Abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesadas o inertes).
4. Patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo.

C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

**Criterios para la especificación de inicio en el posparto:**

Con inicio en el posparto: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto.

Fuente: APA (2002)

Por su reciente publicación, cabe destacar las modificaciones aportadas por el DSM-5 (APA, 2013) para poder tener presente en qué punto queda actualmente la DPP considerada anteriormente como un subtipo de depresión en el DSM-IV-TR (APA, 2002). En el DSM-5 aparece un capítulo de “Trastornos depresivos” que incluye: el Trastorno disruptivo de la desregulación del estado de ánimo, el TDM (incluyendo el EDM), el Trastorno depresivo persistente (distimia) (que engloba el trastorno depresivo crónico y la distimia del DSM-IV-TR), el Trastorno disfórico premenstrual (nuevo como entidad diagnóstica en el DMS-5), el Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamentos, el Trastorno depresivo debido a otra condición médica, Otros trastornos depresivo especificados y el Trastorno depresivo no especificado. Según lo define el DSM-5, la característica común de todos estos trastornos es la presencia de tristeza, humor vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad del individuo para funcionar. Lo que difiere entre ellos son temas de duración, cronología o etiología (APA, 2013).

La modificación más importante para el tema que en esta tesis se desarrolla, es el cambio que se observa en cuanto a las especificaciones para los trastornos depresivos. En una primera instancia, las especificaciones son similares a las propuestas en el DSM-IV-TR, pero hay algunas salvedades que conviene destacar, concretamente en la denominada como “con inicio en el parto”. Como establece el DSM-5, *este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un EDM, al EDM más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas o varios meses después del parto*. Con esta nueva aportación el DSM-5 amplía las fronteras del trastorno que aquí analizamos, mientras que anteriormente se definía la especificación de este subtipo de depresión al periodo de posparto, es ahora cuando se clarifica que, los EDM se pueden iniciar también durante el embarazo. Tal y como se indica en las notas aportadas en el DSM-5, aunque las estimaciones difieren según el periodo de seguimiento después del parto, entre un 3 y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un EDM durante el embarazo o las semanas siguientes al parto. El 50% de los EDM “posparto” comienzan realmente antes del parto. Por ello, estos episodios se denominan colectivamente episodios del *periparto* (DSM-5, 2013).

Cabe añadir que, en esta nueva edición, el DSM-5 añade dos especificaciones del tipo de TDM a las ya existentes en el DSM-IV-TR. Una de ellas es indicar si la persona presenta “angustia ansiosa” (*with anxious distress*), ya que altos niveles de ansiedad se asocian a un alto riesgo de suicidio, larga duración de los síntomas y pobre respuesta al

tratamiento. La otra especificación es indicar si la persona presenta “características mixtas” (*with mixed features*), esto es, que la persona cumple algunos síntomas de manía o hipomanía pero sin llegar a cumplir todos los criterios, ya que si este fuera el caso pasaría a diagnosticarse de Trastorno bipolar I o II. Estas especificaciones, pueden resultar también muy útiles cuando se habla de depresión perinatal, puesto que tal y como indica la literatura científica, las mujeres con EDM en el periparto suelen presentar de manera asociada, ansiedad grave e incluso ataques de pánico (DSM-5, 2013).

Por otra parte, el DSM-5 incluye un apartado específico con el nombre de “Factores de riesgo o pronóstico”, en el que se incluyen determinados factores que de estar presentes pueden suponer el aumento del riesgo de que una persona padezca depresión. (Ver Tabla 12)

**Tabla 12- Factores de riesgo o pronóstico de la depresión según DSM-5**

**Factores de riesgo o pronóstico:**

Factor temperamental, el neuroticismo es un factor de riesgo bien establecido para el inicio del TDM. Altos niveles de neuroticismo parece que vuelven a los individuos más propensos para el desarrollo de EDM como respuesta a eventos estresantes de la vida.

Las experiencias infantiles adversas, constituyen un conjunto de potentes factores de riesgo para el TDM, sobre todo cuando hay múltiples experiencias de diversos tipos.

Los acontecimientos vitales estresantes son bien reconocidos como precipitantes de EDM.

La genética, los familiares de primer grado de personas con TDM tienen un riesgo de dos a cuatro veces mayor que la población general para desarrollar depresión. La heredabilidad es de un 40% aproximadamente y el neuroticismo como rasgo de personalidad, representa una parte sustancial de esta predisposición genética.

Los modificadores del curso, como, el consumo de sustancias, la ansiedad o el trastorno límite de la personalidad, cuando aparecen junto a los EDM y se desarrollan en el contexto de alguno de estos trastornos, suele seguir un curso más refractario. Los síntomas depresivos pueden ocultar y retrasar el reconocimiento de los otros trastornos. Pero también puede que, la mejoría clínica en los síntomas depresivos dependa del tratamiento apropiado de las enfermedades subyacentes. Las condiciones médicas crónicas (diabetes, obesidad mórbida, enfermedades cardiovasculares) o la inhabilitación también aumentan los riesgos para los EDM.

Fuente: APA (2013)

En el DSM-5 se incluyen también apartados específicos referidos a “Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura”, “Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el género”, “Riesgo de suicidio” y “Consecuencias funcionales de un TDM”.

Como se verá más adelante, algunos de los factores de riesgo descritos en el DSM-5 para la depresión coinciden con los factores de riesgo determinados por la investigación científica para la depresión posparto. Algunos estudios prospectivos han

demostrado que los síntomas de estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un EDM después del parto (DSM-5, 2013). Por ello, tanto los factores de riesgo como los apartados específicos descritos en estas líneas, pueden resultar de gran ayuda a la hora de delimitar un trastorno depresivo en periodo perinatal puesto que, son numerosas las variables que influyen en el desarrollo de dicho trastorno.

Finalmente, señalar la categoría de “Otro trastorno depresivo especificado” que aparece en el DSM-5. Esta categoría se aplica en aquellos casos en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico decide comunicar el motivo concreto por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico, por ejemplo cuando el episodio es de corta duración o presenta síntomas insuficientes. Cabe añadir que del mismo modo, existe la categoría “Otro trastorno depresivo no especificado” en el que no se cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría de los trastornos depresivos pero el clínico no especifica el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico.

### **3.1.2 Prevalencia de la depresión prenatal**

Los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que acontecen durante el embarazo y el posparto, pueden conducir a un incremento de la vulnerabilidad de las mujeres, para desarrollar trastornos del estado de ánimo. En general, existe cierta tendencia a pensar que la depresión durante el embarazo es un problema menos prevalente, en cambio, a pesar de que no todos los trabajos coinciden en sus resultados, ya son muchos los estudios que desde años atrás aportan evidencia al respecto, por ejemplo, Da Costa, Larouche, Dritsa y Brender (1999) ya referían en su estudio que las tasas de depresión podían ser más altas durante el embarazo que en el periodo posparto. También otros estudios han demostrado que la prevalencia de la sintomatología relacionada con los problemas de estado de ánimo parece ser mayor durante el embarazo que en otros periodos de la vida de la mujer (Halbreich, 2004). Por otra parte, algunos estudios, indican que la depresión durante el embarazo es tan



frecuente como en el periodo posparto (Eberhard-Gran, Tambs, Opjordsmoen, Skrondal y Eskild, 2004). Varios estudios coincidieron en demostrar, que una parte importante de las mujeres que presentaban DPP en sus estudios ya estaban deprimidas durante el embarazo (Evans, Heron, Francomb, Oke y Golding, 2001; Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa y Magarinho, 2006; Gorman et al., 2004). Del mismo modo, estudios como el de Harvey y Pun, (2007) también han mostrado que la depresión que tiene su inicio en el embarazo puede persistir en el periodo del posparto.

A lo largo de los últimos años, se han ido acumulando datos de prevalencia respecto a la depresión prenatal, debemos tener en cuenta que entre los estudios se aprecian notables diferencias debidas, principalmente, a cuestiones como la heterogeneidad de la población de los estudios y a diferencias metodológicas de los propios estudios como la elección de los instrumentos de medida y evaluación (Apter, Devouche y Gratier, 2011; Bennett et al., 2004a).

Diversos estudios aportan datos generales al respecto afirmando que, entre el 3 y el 17% aproximadamente de las mujeres embarazadas sufren depresión en esta etapa (Andersson et al., 2003; Josefsson Berg, Nordin y Sydsjo, 2001; Leight, Fitelson, Weston y Wisner., 2010; Rubertsson, Wickberg, Gustavsson y Radestad, 2005). Trabajos realizados en EEUU, como la revisión sistemática de Gavin et al. (2005), estiman que la depresión prenatal ocurre en el 10-20% de las mujeres embarazadas.

Algunos estudios proponen diferencias en los datos de prevalencia entre los periodos de pre y posparto, por ejemplo Evans et al. (2001) llevaron a cabo un estudio longitudinal de cohorte con la finalidad de realizar un seguimiento del estado de ánimo de las mujeres durante el embarazo y después del parto y comparar los síntomas de la depresión reportados en cada etapa. El estudio partió de una población de 14541 mujeres, de estas se obtuvo una muestra final de 13799 (12059 completaron al menos un cuestionario y 9028 completaron toda la evaluación). Las participantes fueron evaluadas mediante la Edinburgh Postnatal Depression Scales (EPDS, Cox, Holden y Sagovsky, 1987) y el Crown Crisp Experiential Index Depression Subscale (Crown y Crisp, 1979) en cuatro periodos temporales (a las 18 semanas y 32 semanas de embarazo y a las 8 semanas y 8 meses después del parto). Los resultados mostraron que el número de mujeres con sintomatología depresiva era mayor en el periodo prenatal (entre la 18 semanas y 32 semanas de embarazo) que en el posparto. Se obtuvieron tasas de prevalencia bien diferenciadas en los periodos, siendo la proporción de mujeres con probable depresión del 11.8% en la 18 semana de gestación, del 13.5% a las 32 semanas de embarazo y el 9.1% a las 8 semanas después del parto y del 8.1% a los 8

meses del posparto. Los autores concluyeron que según sus resultados los síntomas de la depresión no son más frecuentes o graves después del parto que durante el embarazo.

Por su parte, Perren, von Wyl, Burgin, Simoni y von Klitzing, (2005) llevaron a cabo un estudio con 64 madres y 58 padres con el objetivo de examinar los efectos de la psicopatología de los padres, incluyendo los síntomas de estrés y afectividad de las madres y la depresión en los padres junto con las consecuencias o dificultades en los niños/as. Para la medición de los síntomas depresivos se utilizaron la Edinburgh Postnatal Depression Scales (EPDS; Cox et al., 1987) que se administró durante el embarazo y a los 1, 3, 12, y 18 meses después del parto. El grado de psicopatología de los padres se estableció durante el embarazo por medio de Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1983) y los datos de la anamnesis. Los resultados mostraron que en las madres y los padres sin psicopatología, los síntomas depresivos disminuyeron desde el embarazo hasta 18 meses después del parto, mientras que en los padres con psicopatología en el embarazo se observó tendencia a experimentar fases depresivas prolongadas, alcanzando el punto más elevado a los 12 meses después del parto. Los autores concluyeron en su estudio que las tasas de depresión parecen disminuir durante el transcurso del embarazo, pero los síntomas psicopatológicos de los padres durante el embarazo deben ser considerados como un factor de riesgo para la depresión y el estrés psicosocial elevado en las madres y los padres en su periodo de transición a la paternidad.

Melville, Gavin, Guo, Fan y Katon (2010), llevaron a cabo un estudio en EE.UU con 1888 mujeres embarazadas que recibían atención prenatal en una clínica obstétrica universitaria. Su objetivo fue estimar la prevalencia de la depresión mayor y menor, trastorno de pánico y la ideación suicida durante el embarazo, mientras que también pretendían identificar factores asociados de forma independiente a los trastornos depresivos prenatales. Las mujeres participantes eran evaluadas por el personal sanitario en las primeras consultas como parte de la atención de rutina. Dicha evaluación comprendía la recogida de factores psicosociales y el estado de ánimo. Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la versión de 15 ítems del Patient Health Questionnaire (PHQ; Spitzer, Kroenke y Williams, 1999). Los resultados respecto a la prevalencia de la depresión prenatal mostraron que, los trastornos depresivos prenatales estaban presentes en el 9.9% de las mujeres del estudio, el 5.1% cumplía los criterios de probable depresión mayor y el 4.8% cumplía los criterios de probable depresión menor.

Unido a lo anterior, la evidencia ha demostrado variaciones importantes en las tasas de prevalencia de la depresión a lo largo del periodo de embarazo. Felice, Salibaa, Grechb y Cox (2004) llevaron a cabo un estudio en Malta con una población de 240 mujeres embarazadas. El objetivo era obtener datos de prevalencia y las características psicosociales asociadas de la depresión prenatal y posparto. Las mujeres realizaron una primera entrevista al inicio del embarazo en la que se recogió la historia sociodemográfica detallada, y se administró la versión revisada traducida al maltés de la Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R; Lewis et al., 1992) y la traducción al maltés de la Edinburg Postpartum Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987). En la semana 36 de gestación se administró de nuevo la entrevista CIS-R por teléfono y la EPDS que se envió por correo. Por último, entre la 8 y 10 semana después del parto, se repitió la evaluación con ambos instrumentos al 95.8% de las mujeres del estudio, además en este punto también se utilizó la versión modificada de la Social Maladjustment Schedule (Clair y Cain, 1978). En los resultados los autores encontraron que al inicio y mediados del embarazo (M= 18.6 semana de gestación) la prevalencia de depresión era del 15.5% (IC del 95%: 11.3-20.8), encontrando según los criterios CIE-10, depresión severa para el 6.7% de estas mujeres, depresión moderada para el 4.2% y depresión leve para el 4.6%. En el segundo periodo de evaluación durante el embarazo (en la 36 semana de gestación) se mostró una tasa del 11.1% (IC del 95%: 7.5-16.1). Finalmente en el periodo de posparto (semana 8 después del parto) se obtuvo una prevalencia del 8.7% (IC del 95%: 5.5-13.4). Sin embargo solo el 3.9% de estos eran casos se habían iniciado en el posparto, mientras al 4.8% restante de mujeres se les había diagnosticado la depresión durante el embarazo manteniéndose deprimidas en el posparto.

Lee, Chong, Chiu, Lam y Fong, (2007) realizaron un estudio en el que pretendían estimar la prevalencia y el curso de la ansiedad y la depresión prenatal a través de las diferentes etapas del embarazo, los factores de riesgo en cada etapa, y la relación entre la ansiedad y la depresión prenatal y la depresión posparto. En este estudio se evaluó una muestra de 357 mujeres embarazadas en cuatro etapas del embarazo (primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre, y 6 semanas después del parto). El cuestionario utilizado para la evaluación prenatal de la ansiedad y la depresión fue la versión china del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Leung, Ho, Kan, Hung y Chen, 1993). El instrumento utilizado para evaluar los síntomas depresivos en el posparto fue la versión china de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Lee et al., 1998). Los factores de riesgo examinados incluyeron factores demográficos (edad, el estado civil, la paridad, el nivel económico familiar, antecedentes y hábito actual de

consumo de tabaco y alcohol), factores psicosociales (apoyo social percibido), factores relacionados con el embarazo se evaluó (si el embarazo era deseado y planeado) y el nivel de autoestima. Respecto a los resultados, la prevalencia de la depresión prenatal fue del 22.1% (IC del 95%: 19.9-24.4%) en el primer trimestre, se observó un ligero descenso en el segundo trimestre 18.9% (IC del 95%: 16.8-21.1%), pero la tasa aumentó de nuevo hasta el 21.6% (IC del 95%: 19.4% -28.9) en el tercer trimestre.

Los hallazgos de algunos de los estudios comentados como los de Felice et al. (2004) y Perren et al. (2005) coinciden con estudios posteriores como, Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco y Costa (2009), en este trabajo los autores estudiaron los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de 300 mujeres y sus parejas (N=560) durante el embarazo. El objetivo fundamental era averiguar las posibles diferencias en ansiedad y depresión prenatal en los tres trimestres de embarazo, entre hombres y mujeres, y entre las mujeres primíparas y multíparas. Para la evaluación la sintomatología se utilizaron la versión portuguesa del Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Areias et al., 1996) y la versión portuguesa del State Anxiety Inventory (STAI-S, Biaggio et al., 1976), ambos instrumentos fueron administrados en el 1º trimestre de embarazo (entre la 8 y 14 semanas de gestación) durante el 2º trimestre de embarazo (entre la 20 y 24 semanas de gestación) y en el 3º trimestre de embarazo (entre la 30 y 34 semanas de gestación). Los resultados respecto a los síntomas de depresión mostraron una disminución durante el periodo prenatal, observaron una disminución significativa del 1º al 2º trimestre (de un 22% a un 20.6%) y una nueva reducción del 2º al 3º trimestre (del 20.6% a un 18.5%). Además observaron que las mujeres presentaban valores de ansiedad y depresión mayores que los hombres, aunque los patrones de variación en el tiempo fueron similares.

En un estudio reciente Glasheen et al., Colpe, Hoffman y Warren (2015) examinaron la prevalencia de estrés psicológico grave el mes anterior a la evaluación y haber recibido tratamiento psicológico el año previo a la evaluación en una muestra de mujeres antes y después del parto. Los resultados indicaron que el porcentaje de mujeres con estrés psicológico grave fue de 6.4% en el primer trimestre del embarazo y del 3.9% en el tercero. En el posparto fue de 4.6% en el periodo de 0 a 2 meses y del 6.9% de 3 a 5 meses de posparto. Las variables que correlacionaron con el estrés psicológico grave fueron: ser joven, ser de etnia negra no hispana, no estar casada, ganar menos de 20.000 \$ al año, haber fumado el mes anterior y haber presentado un trastorno por consumo de alcohol u otras drogas el pasado año. Solo el 38.5% de las

mujeres embarazadas y el 49.5 % de mujeres en el posparto con estrés psicológico grave recibió tratamiento psicológico el año anterior.

Sin embargo, no todos los resultados de los estudios van en la misma dirección, en la revisión sistemática de Bennett et al. (2004a) los autores realizaron una revisión de 714 artículos, de estos solo 21 (19284 pacientes) cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. El objetivo del trabajo era obtener datos de prevalencia de la depresión prenatal en cada trimestre del embarazo y además comparar las tasas de detección obtenidas con los instrumentos validados utilizados (BDI-II, EPDS y entrevistas estructuradas). Los resultados mostraron variaciones respecto a las cifras de prevalencia de la depresión a lo largo del embarazo, en el primer trimestre se presenta una tasa del 7.4% (IC del 95%, 2.2, 12.6) y en el segundo trimestre del 12.8% (IC del 95%, 10.7, 14.8) y del 12.0% en el tercer trimestre (IC del 95%, 7.4, 16.7) con una tasa de prevalencia media para la depresión prenatal del 10.7%.

Estudios más recientes como el de Shakeel et al (2015) sobre prevalencia muestran datos similares al meta-análisis de Bennett et al. (2004a). Estos autores llevaron a cabo un estudio con 749 mujeres, de diferente procedencia étnica, con el objetivo de determinar la prevalencia de la depresión en el embarazo y su posible asociación con el origen étnico y otros factores de riesgo. Un total de 97 mujeres evaluadas en el segundo trimestre de embarazo, presentaban puntuaciones  $\geq 10$  en la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) dando lugar a una tasa de prevalencia total de 13.0% (IC del 95%: 10.59-15.41). Respecto a los porcentajes de la prevalencia de la depresión prenatal por grupos étnicos, los autores reportan (para un IC al 95%) diferencias entre los resultados. Las mujeres europeas occidentales presentaban un 8.6%, las mujeres de Oriente Medio un 19.5%, las del Sur de Asia presentaba el 17.5%, y otros grupos étnicos (Europa del Este, el Sahara de África del sur, Este de Asia y América Central y del Sur) el 11.3%. De la población total del estudio, 60 mujeres tuvieron una puntuación EPDS  $\geq 12$  (8%), para el grupo de las mujeres europeas occidentales fue de 4.6% mientras que para el resto de población agrupada como colectivo de minoría étnica fue del 10.6% ( $p < .001$ ). Los datos mostraron que la depresión en el embarazo, fue dos veces más frecuente en las mujeres de minorías étnicas que para las mujeres de Europa occidental.

En un estudio muy reciente llevado a cabo en Malasia, Nagandla et al. (2016) estimaron la prevalencia e identificaron los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales en el periodo prenatal. Las 288 mujeres embarazadas del estudio fueron evaluadas en dos periodos (16-22 semanas y 34-36 semanas). Además de las

características sociodemográficas y obstétricas, las participantes fueron evaluadas mediante la versión validada al Bahasa Malasia del Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21, Musa y Fadzil, 2007) y la International Neuropsychiatric Interview (MINI, Sheehan et al., 1998). Los resultados mostraron que los problemas de salud mental más comunes fueron la ansiedad con un 18.8%, la depresión con un 6.9% y el estrés con un 4.2%. No hubo diferencias significativas en el desarrollo de trastornos mentales entre el segundo y tercer trimestre de embarazo ( $p<.05$ ). Es importante tener en cuenta que con el uso de la entrevista clínica diagnóstica MINI se diagnosticó al 34% de las mujeres de trastorno de adaptación, el 23% de trastornos del espectro de ansiedad (pánico y trastorno de ansiedad) y al 8.5% de las mujeres con un trastorno de depresión mayor.

### **3.1.3 Sintomatología relacionada con la depresión prenatal**

Tal y como se ha explicado en el apartado anterior, según los criterios diagnósticos del DSM-5 la depresión prenatal quedaría definida dentro del capítulo de “Trastornos depresivos” mediante la especificación “de inicio en el periparto”, donde se describe la sintomatología característica común: *“presencia de tristeza, humor vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad del individuo para funcionar”* (APA, 2013).

El perfil sintomatológico de la depresión prenatal es similar al de la depresión que puede ocurrir en otros contextos temporales de la vida de la mujer (Leung y Kaplan, 2009), implica además de un estado de ánimo deprimido, una notable pérdida de energía, pérdida de interés o placer, cambios o alteraciones en el apetito y el sueño, también es frecuente la aparición de síntomas emocionales como los sentimientos de culpa y la falta de concentración (Lee y Chung 2007). Algunos estudios añaden que la presentación clínica de la depresión perinatal también se caracteriza por presentar ansiedad, rumiación, y, en casos graves, ideación suicida o infanticida (Bernstein et al., 2008). No obstante, es importante destacar que algunos de estos síntomas pueden estar presentes en el transcurso de un embarazo normal. Por esta razón la identificación de la depresión en mujeres embarazadas puede resultar difícil. Algunos estudios han demostrado, que los cambios fisiológicos que ocurren con el transcurso del embarazo tienden a enmascarar progresivamente respuestas emocionales y biológicas al estrés (Glynn, Wadhwa, Dunkel-Schetter, Chicz-Demet y Sandman, 2001; Glynn, Schetter, Wadhwa y Sandman, 2004). Además, en ocasiones las mujeres deprimidas son más

propensas a tener menores conductas de cuidado relacionadas con su embarazo y a sufrir complicaciones prenatales, tales como náuseas, vómitos, preeclampsia (enfermedad hipertensiva específica del periodo gestacional con afectación multisistémica que por lo general ocurre después de las 20 semanas de gestación, con mayor frecuencia cerca del final del embarazo (ACOG, 2013)) e incluso presentar consumo de alcohol y tabaco u otras drogas (ACOG, 2009).

Por todo ello, es importante enfatizar en la evaluación tanto de los aspectos negativos como de los aspectos positivos específicos de la experiencia del embarazo para que de este modo resulte más fácil discernir aquellas características sintomatológicas propias del embarazo y se pueda evitar caer en el error de la infra o sobreestimación de la angustia (Di Pietro, Ghera, Costigan y Hawkins, 2004).

Para lograr una comprensión completa de la importancia de la alteración del estado de ánimo en el periodo prenatal de las mujeres y la implicación en su salud mental, no solo se debe tener en cuenta el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, en numerosas ocasiones la sintomatología depresiva persistente, aunque no forme parte de un trastorno completo, crea también muchos de los efectos negativos ligados al diagnóstico de depresión mayor y además estos son experimentados por muchas más mujeres (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera y Leykin, 2010) por ello deben ser tenidos en cuenta en las estrategias de detección y posteriormente en el tratamiento.

### **3.1.4 Factores etiológicos de la depresión prenatal**

La etiología de la depresión mayor como trastorno psicopatológico es uno de los temas más ampliamente estudiado en la actualidad. Importantes trabajos de revisión y meta-análisis como el de Sullivan, Neale y Kendler (2000) demuestran que los factores genéticos influyen de manera clara, otorgando una heredabilidad de alrededor del 37% para la aparición del TDM. Sin embargo, estos autores insisten en sus conclusiones que la depresión mayor es un trastorno complejo y su causa no resulta de las influencias genéticas o ambientales por sí solas, sino más bien está relacionada con ambas. Además, las influencias ambientales específicas para un individuo también son significativas para la etiología de estos trastornos (Sullivan et al., 2000). La investigación sigue avanzando y estudios más recientes (p.ej, Shi et al., 2011; Shyn et al., 2011; Sullivan et al., 2009; Wray et al., 2012) muestran la existencia de asociaciones de genoma completo con la vulnerabilidad genética para la depresión mayor. Sin embargo,

a pesar del importante peso que la genética tiene en el origen de la depresión, la realidad actual muestra que no son abundantes las investigaciones sobre los determinantes genéticos relacionados con la etiología de la depresión en el periodo prenatal.

Los investigadores que argumentan a favor de un mecanismo etiológico distinto para los episodios depresivos que ocurren en periodo perinatal, hacen hincapié en la importancia de las diferencias individuales en la susceptibilidad al desarrollo de síntomas depresivos en respuesta a factores biológicos específicos (Miller, 2002; Patel et al., 2012; Seyfried y Marcus, 2003). El hecho de que la historia familiar es un factor de riesgo importante para la depresión perinatal (Beck, 2001; Robertson, Grace, Wallington y Stewart, 2004) sugiere un posible papel de los factores genéticos para la vulnerabilidad individual. También estudios posteriores refieren una asociación entre la depresión perinatal y una historia familiar de depresión o depresión perinatal (Forty et al., 2006; Murphy et al., 2006). Sin embargo, solo unos pocos estudios han investigado los factores de riesgo genéticos específicos para la depresión en este periodo de la vida de la mujer. No obstante, para esclarecer la génesis de este tipo de trastornos cada vez más se hacen necesarios este tipo de estudios, aunque no siempre los resultados son igual de concluyentes. Por ejemplo, Schneider et al. (2014) realizaron un estudio en el que intentaron examinar si los polimorfismos de nucleótido único de los genes de la vía de señalización de la hormona del estrés, específicamente FKBP5, NR3C1 y CRHR1, estaban asociados con síntomas depresivos durante y después del embarazo. La muestra final estaba formada por 361 mujeres con embarazos sin riesgo que se encontraban como mínimo en la 31 semana de gestación. Además de la extracción de muestra de sangre para el análisis del ADN, las participantes cumplieron la versión alemana de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer y Dapunt, 1998) en tres momentos: periodo prenatal (a partir de la semana 31 de embarazo en adelante); a las 48-72 horas después del parto para detectar los posibles casos de tristeza posparto en su fase inicial y a los 6-8 meses después del nacimiento del bebé. Asimismo, se utilizó un cuestionario estructurado para recoger datos epidemiológicos y la historia médica que incluyó la pregunta sobre los trastornos psiquiátricos preexistentes, lo cual fue un criterio de exclusión para este estudio. Finalmente los autores no pudieron demostrar una asociación entre los polimorfismos de los genes estudiados y las puntuaciones durante o después del embarazo en la EPDS de las mujeres del estudio, no obstante los autores insisten que sus resultados podrían en cierta medida, ser debidos a limitaciones como un tamaño de muestra pequeño o un



papel generalmente diferentes de las variantes genéticas en los genes de la vía de señalización de la hormona del estrés en mujeres embarazadas.

Viktorin et al. (2015), realizaron un interesante estudio con el objetivo de investigar la importancia relativa de las influencias genéticas y ambientales sobre la depresión perinatal, y la superposición o coincidencia genética entre la depresión perinatal y la depresión fuera de este periodo temporal. La muestra estaba constituida por mujeres procedentes del estudio SALT (Screening Across the Lifespan Twin Study: The Younger) que habían dado a luz a un bebé sano. Por una parte, se realizó un estudio de gemelos con una muestra de 3427 hermanas gemelas monocigóticas que fueron evaluadas para la aparición de los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio de modo retrospectivo utilizando una versión de la Edinburgh Postnatal Depression Scale que permitía evaluar la depresión perinatal experimentada previamente (Meltzer-Brody, Boschloo, Jones, Sullivan y Penninx, 2013). Por otra parte, para evaluar las atribuciones genéticas y ambientales sobre la depresión perinatal y la depresión no perinatal en un entorno más grande y más generalizable, se llevó a cabo un estudio con hermanas en el que se incluyó (a través de los datos procedentes de la The Swedish Medical Birth Register y la Multi-Generation Register of Swedish) una cohorte de 580 hermanas. En esta población se realizó una valoración por separado de los diagnósticos psiquiátricos de las mujeres en el periodo pre y posnatal a través del Swedish National Patient Register (registro sueco que datos de códigos CIE-8 y CIE-9 de diagnósticos psiquiátricos, datos de hospitalización, contacto ambulatorio y tratamientos en salud mental). Los resultados mostraron que en el estudio de gemelos, la heredabilidad de la depresión perinatal se estimaba en un 54% (IC del 95%, 35-70%), con la varianza restante atribuible al medio ambiente y a factores no compartidos (46%, IC 95% = 31%-265%). En el diseño de hermanas, la heredabilidad de la depresión perinatal se estimaba en un 44% (IC del 95%, 35-52%) y la heredabilidad de la depresión no perinatal al 32% (IC del 95%, 24-41%). El análisis bivariado mostró que el 14% de la varianza total (o el 33% de la varianza genética) en la depresión perinatal era única para la depresión perinatal. En sus conclusiones los autores apuntan que puesto que un tercio de la contribución genética era única para la depresión perinatal y no se comparte con la depresión no perinatal, parece que la etiología genética solo se superpone parcialmente para la depresión perinatal y la depresión no perinatal. Los autores sugieren que la depresión perinatal constituye un subgrupo de la depresión y que debería considerarse lo suficientemente importante como para invertir esfuerzos en la investigación científica dedicada a la genética relacionada con este trastorno.

Finalmente añaden, que los hallazgos del estudio pueden tener un impacto directo en la práctica clínica puesto que puede ayudar a los médicos en el asesoramiento de sus pacientes sobre el riesgo y el pronóstico de la depresión perinatal.

Recientemente, se ha publicado una revisión sistemática (Figueiredo, Parada, de Araujo, Silva y Del-Ben, 2015) sobre la influencia de los factores genéticos en la aparición de los síntomas de la depresión perinatal. Los autores analizaron una pequeña muestra de estudios sobre genética molecular y polimorfismos, la población de mujeres en los estudios era principalmente caucásica con un nivel socioeconómico alto. A pesar de la limitación en el número de estudios analizados y la falta de diversidad étnica y factores de estrés en la población de mujeres, se obtuvieron resultados valiosos. Los autores mostraron que las diferencias en la influencia de los factores genéticos dependía del periodo de tiempo preciso examinado en los estudios (embarazo o puerperio) siendo las etapas finales del embarazo y el periodo de posparto temprano, los momentos de mayor vulnerabilidad genética (Figueiredo et al., 2015). Finalmente los autores añaden que los estresores ambientales también son variables importantes que influyen en la relación entre los factores genéticos y los estados depresivos periparto.

Los estudios genéticos de la depresión perinatal son necesarios puesto que ayudan a esclarecer el papel fisiopatológico de los cambios hormonales inherentes al periodo de embarazo, parto y posparto (Figueiredo et al., 2015). Todavía hoy queda mucho por avanzar en la investigación sobre la etiología de la depresión prenatal. La distinción entre los episodios depresivos que comienzan durante el embarazo de los que comienzan durante el posparto, puede ser enormemente útil para mejorar la comprensión de la fisiopatología de estos trastornos depresivos (Figueiredo et al., 2015).

El campo de la epigenética se revela como una de las variantes de investigación emergente e innovadora en el estudio de la biología. Este concepto puede entenderse como el estudio de la modificación estructural de determinadas regiones cromosómicas que producen cambios en la expresión de los genes sin que ocurran modificaciones en la secuencia del ADN (Adrian, 2007).

Aunque la epigenética del comportamiento es una nueva área de estudio que ofrece la oportunidad de definir la naturaleza de las interacciones entre genes y medio ambiente durante el desarrollo, todavía se desconoce su verdadero alcance, se necesita desarrollar mayor cantidad de trabajos y mejorar la calidad de las tecnologías con el fin de desentrañar los mecanismos genéticos, ambientales y epigenéticos que median el comportamiento maternal y sus consecuencias posteriores en los descendientes (Meltzer-Brody, 2011).

Como veremos a lo largo del presente trabajo, la depresión en el periodo prenatal, no solo está mediada por los factores biológicos en su aparición, su desarrollo o sus consecuencias. Actualmente podemos contar con estudios científicos que refieren la existencia de variables de carácter psicosocial, que actúan como factores de riesgo, que pueden favorecer su aparición. Este punto se abordará con mayor detenimiento en el siguiente capítulo.

### **3.2 Diferenciación conceptual: Tristeza Posparto, Depresión Posparto y Psicosis puerperal**

Además de la depresión prenatal, los problemas emocionales que se recogen en la literatura científica relacionados con el periodo perinatal son la tristeza posparto o *Baby blues*, la más común y la menos grave, la depresión posparto, el trastorno más ampliamente estudiado y la psicosis puerperal, que supone la emergencia psiquiátrica más grave y clara.

Pasamos a describir brevemente estos trastornos emocionales.

#### **3.2.1 Tristeza Posparto**

La Tristeza Posparto (TPP) o tristeza de la maternidad, también conocido popularmente como *Baby blues*, es un síndrome afectivo leve y común que puede ser experimentado por las mujeres después del parto. El interés científico por esta alteración aparece a partir de 1950, época en la que Moloney describe un síndrome que etiquetó con el nombre de “tercer día de depresión”, este autor apuntaba en sus escritos que se trata de una reacción depresiva leve que se manifiesta mediante síntomas como la fatiga, desaliento, llanto y dificultad para pensar con claridad (Moloney, 1952). A lo largo de los años se han desarrollado muchas descripciones de los síntomas implicados en la TPP (Gale y Harlow, 2003; Henshaw, 2003; O’Hara, Schlechte, Lewis y Wright, 1991b; Rondón, 2003). Hoy podríamos describirlo como, un trastorno psicológico transitorio caracterizado por la presencia de algunos síntomas leves de depresión, como el llanto, labilidad emocional, ansiedad y confusión (Newport, Hostetter, Arnold y Stowe, 2001). Sin embargo, este síndrome no es considerado como un diagnóstico clínico por ninguno de los sistemas de clasificación que se utilizan hoy en día, CIE o DSM. La sintomatología más característica de este síndrome comprende, labilidad emocional, llanto, ansiedad, fatiga, insomnio, irritabilidad, bajo estado de

ánimo o euforia, dificultades cognitivas incluida la falta de atención o la distracción y dificultades en la memoria reciente (Gale y Harlow, 2003; Henshaw, 2003; Rondón, 2003). La característica más sobresaliente de la TPP es la labilidad emocional que cursa de modo fluctuante a lo largo del día (Henshaw, 2003; Rondón, 2003).

La TPP se inicia en los primeros días después del parto y remite espontáneamente transcurridos de siete a diez días (Henshaw, 2003; Rondón, 2003). En algunos estudios se ha descrito que pueden existir picos o exacerbación de los síntomas en diferentes días durante la primera semana, el primer día (Moloney, 1952), el tercer día (Condon y Watson, 1987), el quinto día (Adewuya, 2005; Dowlati et al., 2014; O’Keane et al., 2011) o entre los días cuatro y seis (Wilkie y Shapiro, 1992). Es importante tener en cuenta que las mujeres que no mejoran transcurridas dos semanas del parto deben ser evaluadas para descartar patologías más graves como la DPP u otro trastorno psicopatológico.

La TPP es un síndrome conocido y se considera muy común, sin embargo debido a la falta de estudios rigurosos, la variabilidad de criterios para establecer el diagnóstico las diferencias en las muestras y el modo de evaluación impiden establecer unos rangos de prevalencia más ajustados (Rondón, 2003). La prevalencia estimada, por tanto, es bastante amplia, va desde el 20 al 80% dependiendo de los instrumentos de medición y los criterios de diagnóstico empleados (Riecher-Roessler, 1997). En la mayoría de los estudios, la tasa de prevalencia de la TPP varía entre el 40 y el 60% (Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas y Christodoulou, 2007; Hau y Levi, 2003; Nagata et al., 2000).

Revisando estudios llevados a cabo en diferentes partes del mundo, se han reportado diferencias culturales en las tasas de prevalencia. En la muestra de mujeres chinas de un estudio realizado en Hong Kong, Hau y Levy (2003) encontraron una prevalencia de 44.3%, con un pico típico en el quinto día después del parto. Por otra parte, una de las tasas más bajas de TPP se ha encontrado en Japón, Murata, Nadaoka, Morioka, Oiji y Saito (1998) obtuvo una prevalencia del 15.3%. Un estudio llevado a cabo por Strobl (2002) en Munich, reveló una tasa de prevalencia del 42%, también en Alemania Lanczik et al. (1992) encontró una tasa del 28.5%, bastante menor respecto a la anterior, sin embargo, años después el estudio de Reck, Stehle, Reinig y Mundt (2009) realizado también en Alemania, mostró una tasa de prevalencia de TPP de 55.2% (IC del 95%: 52.5 a 59.12).

El puerperio suele ser un periodo de cambios, no solo a nivel hormonal, como ya se ha comentado, sino que también la madre debe adaptarse a unas nuevas exigencias y responsabilidades que suponen un esfuerzo importante. La confluencia de los factores

biológicos, psicológicos y socio-culturales se ha barajado como la hipótesis más probable que puede dar lugar a la aparición de la TPP, sin embargo los resultados de los estudios científicos son muy diversos y aportan conclusiones muy diferentes. Henshaw (2003) establece en sus trabajos correlaciones opuestas con factores biológicos que no son concluyentes y afirma que pueden existir relaciones entre el TPP y algunas variables psicológicas como los antecedentes de depresión. Se han analizado multitud de factores de carácter psicosocial como puede ser, el nivel de ansiedad, los cambios en el estado de ánimo en el embarazo, la personalidad, acontecimientos vitales, el grado de apoyo social, factores obstétricos y sociodemográficos, e incluso los antecedentes de trastornos de estado de ánimo (Henshaw, 2003).

La mayoría de los estudios no han logrado encontrar ninguna asociación entre TPP y los factores sociodemográficos (Henshaw, Foreman y Cox, 2004; Nagata et al., 2000; O'Hara et al., 1991b). En algunos estudios, no se ha encontrado una relación evidente entre la TPP y la clase social, la edad (Yamashita y Yoshida, 2003), la ocupación o el nivel socioeconómico (Kosińska-Kaczyńska, Horosz, Wielgoś y Szymusik, 2008). Sin embargo, en un estudio, ya comentado en líneas anteriores, llevado a cabo por Hau y Levy (2003), la única variable significativa fue la edad, las mujeres de entre 35 y 39 años de edad mostraron una incidencia significativamente menor de TPP. Con respecto a la duración de TPP, encontraron que en los primeros 7 días después del parto, el 62% experimentó TPP de 1 o 2 días de duración, el 25% durante 3 a 4 días y el 13% durante 5 a 6 días. Algunos autores si relacionan en sus trabajos el bajo nivel educativo con la TPP (Kosińska-Kaczyńska et al., 2008), pero no otros (Yamashita y Yoshida 2003). De forma similar se ha visto en algunos trabajos científicos, que puede existir una relación entre ser madre soltera y la TPP (Adewuya, 2005; Faisal-Cury, Menezes, Tedesco, Kahalle y Zugaib, 2008).

En cuanto a los factores obstétricos, no existe un acuerdo firme sobre los riesgos obstétricos y la TPP. Se han obtenido resultados contradictorios sobre la relación entre el tipo de parto y los síntomas de la TPP (Gonidakis et al., 2007; Henshaw et al., 2004). En el estudio de Gonidakis et al. (2007) encontraron que el parto por cesárea estaba significativamente relacionado con la TPP en los 3 primeros días después del parto. De acuerdo con los resultados de Hannah, Adams, Lee, Glover y Sandler (1992), el parto por cesárea parece tener una influencia más duradera sobre el estado de ánimo; se encontró que este tipo de parto se asociaba a puntuaciones elevadas en la escala Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) hasta 6 semanas después del parto. De acuerdo con estos resultados, Bergant, Nguyen, Moser y Ulmer (1997)

mostraron una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico en los primeros 5 días después del parto y el parto por cesárea.

Por otra parte, Rondón (2003) concluye en sus investigaciones que la TPP tiene una causa básicamente biológica y afirma que no existen relaciones claras con factores demográficos o psicológicos. Sin embargo, existe mucha controversia respecto hasta qué punto la TPP está relacionada con los cambios biológicos del posparto. Algunos trabajos científicos reportan una asociación entre el TPP y la caída brusca de los niveles de estrógenos y progesterona que acontecen después del parto (Doornbos et al., 2009; Okano y Nomura, 1992), sin embargo otros estudios no han encontrado ninguna asociación con las concentraciones de progesterona (Chatzicharalampous et al., 2011).

El periodo prenatal también parece determinante en la aparición de la TPP, de hecho, se ha visto en algunos estudios como la TPP se ha relacionado con síntomas depresivos el último mes de embarazo, el rango de ansiedad el día del parto (Gonidakis et al., 2007) y los cambios de humor durante el embarazo (Adewuya, 2005). Por último, los acontecimientos estresantes durante el embarazo (Gonidakis et al., 2007) y la falta de apoyo de la familia (Kosińska-Kaczyńska et al., 2008) también se han relacionado con la TPP.

Con frecuencia se ha descrito la ansiedad como un trastorno habitual en el periodo del puerperio (Brockington, Macdonald y Wainscott, 2006; Matthey, Barnett, Howie y Kavanagh, 2003; Ross y McLean, 2006) pero además, también es considerada como una característica de la TPP (Brockington, 1996; Kennerly y Gat, 1989; Lanczik et al., 1992; Pitt, 1973). Actualmente pocos son los estudios científicos que relacionan la TPP y los trastornos de ansiedad en el posparto según los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000), sin embargo, respecto a la relación entre el TPP y el rasgo de ansiedad, hay evidencia suficiente para sugerir que los síntomas de TPP se relacionan con altos niveles de ansiedad rasgo (Ehlert, Patalla, Kirschbaum, Piedmont y Hellhammer, 1990) y ansiedad estado (Gonidakis et al., 2007). Ya hace algunos años, Ehlert et al. (1990) estudiaron la relación entre TPP con otras variables psicológicas, y los niveles de cortisol salival. Los análisis de estos datos revelaron que se produjeron síntomas de TPP con mayor frecuencia en las mujeres que presentaban un tipo de estrategia de afrontamiento pasivo, insatisfacción marital, o problemas con la aceptación de su papel como madre. Las mujeres afectadas mostraron niveles matinales de cortisol elevados en los días en que los síntomas aparecieron, en comparación tanto con los días libres de síntomas como con las madres sin TPP. En el estudio de Reck et al. (2009) se observó que en la muestra de mujeres evaluadas que presentaban algún trastorno de ansiedad

según el DSM-IV (trastorno de pánico y/o agorafobia y/o trastorno de adaptación con ansiedad aguda, con inicio antes o después del parto) el 82.1% había sufrido TPP (23 de 28; IC del 95%: 63.1-93.9%).

Una de las cuestiones clave es la posible relación entre la TPP y la DPP. Diversos autores postulan que la TPP podría ser un factor de riesgo para la aparición de DPP (Henshaw, 2003; Reck et al., 2009; Stowe y Nemeroff, 1995; Ferretti, Franca y Folin, 2013). Aproximadamente el 20% de las mujeres que sufren de TPP son diagnosticadas de TDM en el primer año después del parto (Campbell et al., 1992; O'Hara et al., 1991b). También en el trabajo de Reck (2009) se observa, que la TPP podía representar un factor de riesgo para el desarrollo de DPP. De 471 mujeres que sufrieron TPP, 27 que supone el 5.7% (IC 95%: 3.8 a 8.2%) desarrollaron DPP. De las mujeres que en el posparto presentaron depresión el 81.8% (33 mujeres) habían sufrido TPP (IC 95%: 64.5 a 93.0%). Los datos indican que el riesgo de desarrollar DPP es significativamente más alto dada la ocurrencia anterior de TPP.

Aunque no todas las mujeres que sufren TPP vayan a desarrollar DPP, existe suficiente evidencia científica que justifique que estas mujeres deben ser observadas cuidadosamente por los profesionales implicados en su cuidado, con el fin de identificar la aparición de sintomatología relacionada con la DPP. Como hemos descrito hasta ahora, los episodios de TPP son leves, limitados en el tiempo y se resuelven espontáneamente dentro de las dos primeras semanas después del parto, por tanto no es necesario el establecimiento de un tratamiento específico. Sin embargo, dada su alta prevalencia y su riesgo potencial para desarrollar DPP es importante establecer medidas de prevención.

### **3.2.2 Depresión Posparto**

La Depresión Posparto (DPP) se define en la literatura científica, como un EDM (que en muchas ocasiones también incluye la depresión menor) que se produce en el periodo de posparto. Como ya hemos descrito en el apartado anterior, actualmente en el DSM-5 (APA, 2013) se define la DPP mediante la utilización de un especificador “con inicio en el periparto” que incluye un inicio durante el embarazo pero también, los episodios de depresión que se extienden hasta 6 meses después del parto. Sin embargo, en la práctica clínica y en muchos estudios de investigación, se suelen utilizar marcos de tiempo que van hasta un año después del parto para definir el periodo posparto.

Es importante tener en cuenta que a la hora de comparar los datos de prevalencia de la DPP, con las tasas de depresión en mujeres que no se encuentran en periodo de posparto, existen limitaciones debido a las diferencias en la metodología de los estudios. Pero también es cierto que, el conocimiento de los resultados de los estudios epidemiológicos de la depresión en la población general de mujeres debería ayudar a contextualizar los resultados de los estudios de prevalencia de DPP.

Las estimaciones de prevalencia para DPP han variado ampliamente debido a las diferencias en los criterios diagnósticos, los periodos de tiempo y las características de la población estudiada. Un meta-análisis basado en 59 estudios con una muestra total de 12810 participantes informó de una prevalencia global del 13% (O'Hara y Swain, 1996). En una revisión sistemática más actual, Gavin et al. (2005) hallaron un porcentaje de prevalencia del 19.2% para la depresión mayor y menor (depresión mayor 7.2%) en los tres primeros meses después del parto, y señalaron que la mayoría de los episodios comenzaron después del parto. De este modo llegaron a la conclusión de que debido a los grandes intervalos de confianza en sus estimaciones, todavía había una gran incertidumbre en las tasas de depresión en todo el periodo de posparto y la incertidumbre sobre si la depresión es más común en el periodo posparto que otros momentos en la vida de una mujer. En el panorama europeo podemos destacar dos grandes estudios que también han arrojado resultados dispares en esta cuestión. Por una parte, Banti et al. (2011) exponen en sus resultados obtenidos con una muestra de mujeres de Pisa (Italia), que la prevalencia para la depresión mayor y menor era de 9.6% en el rango de un año. Por otra parte, el estudio español de Navarro et al. (2008) realizado en Barcelona, muestra una prevalencia del 9.2% para la depresión mayor y menor y la distimia en un rango de tiempo de seis semanas. Estos estudios fueron realizados con muestras de población grandes y con una metodología adecuada, pero sus resultados reflejan una variabilidad más alta con respecto a las estimaciones en DPP en los países desarrollados.

En los meta-análisis sobre la DPP, se encuentran tasas elevadas de prevalencia, pero para poder concluir de forma contundente que la depresión es más común en el periodo de posparto, la evidencia es aun relativamente débil (Davé, Petersen, Sherr y Nazareth, 2010; Vesga-López et al., 2008). En cuanto a la investigación es importante tener en cuenta que, mediante los estudios longitudinales se podría evaluar a las mujeres durante el embarazo y algunos años posteriores, lo cual aportaría datos más útiles en relación con el riesgo de DPP (Davé et al., 2010). Con estos estudios se podría obtener además el beneficio adicional de la identificación de los grupos de mujeres que



solo tienen episodios depresivos en el puerperio y que podrían presentar algunas vulnerabilidades específicas a la DPP.

En cuanto a la comparación entre los síntomas depresivos que se experimentan en el periodo posparto y los síntomas de depresión que se experimentan fuera del periodo posparto, O'Hara et al. (2012) realizó un estudio en el que evaluaron mediante el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2007) dos grupos de mujeres, un grupo de 820 mujeres en periodo de posparto y otro de 941 mujeres fuera del periodo de posparto. Encontraron que el modelo factorial se ajustaba bien a ambas muestras. Sus resultados apuntan que la DPP y la depresión en las mujeres fuera del periodo de posparto, parece ser muy similar y confirma que los síntomas somáticos, que a menudo incluso se manifiestan en mujeres después del parto no deprimidas, son indicadores válidos de la DPP.

Existe una gran variabilidad de estudios trasversales y prospectivos en la literatura científica que aborda los factores de riesgo para la DPP. Varios meta-análisis (Beck, 2001; O'Hara y Swain, 1996; Robertson et al., 2004) coinciden en sus conclusiones y exponen que los factores de riesgo que demuestran asociaciones de moderada a fuertes, con la DPP son: los antecedentes personales de depresión, la depresión y la ansiedad durante el embarazo, el neuroticismo, la baja autoestima, la DPP anterior, los acontecimientos vitales estresantes (incluyendo los factores de estrés relacionados con el cuidado del bebé), los problemas en la relación de pareja, y el escaso apoyo social. Los factores de riesgo que tienen las asociaciones más modestas con DPP incluyen, el bajo nivel socioeconómico, ser soltera, el embarazo no deseado, los factores obstétricos estresantes, y el temperamento infantil difícil.

Algunas investigaciones han examinado la relación existente entre la raza o etnia, la edad y la educación, con la DPP. Aunque algunos estudios encuentran un apoyo claro a estas variables como factores de riesgo (Howell, Mora, Horowitz y Leventhal, 2005; Segre, O'Hara, Arndt y Stuart, 2007), otros estudios encuentran que estas asociaciones pueden explicarse por el nivel socioeconómico (Rich-Edwards et al., 2006; Wang, Wu, Anderson y Florence, 2011), lo que sugiere que el nivel de pobreza puede ser el factor común entre muchos de los correlatos demográficos que influyen en la DPP.

También algunas variables relacionadas con el estrés en el periodo perinatal, como, las complicaciones obstétricas perinatales, la salud infantil, el temperamento y el tipo de parto, han sido propuestas como posibles factores de riesgo para el desarrollo de DPP. Blom et al. (2010) en una muestra de 4941 mujeres, encontraron que las mujeres que experimentan una serie de complicaciones como la preeclampsia, la

hospitalización prenatal y un parto por cesárea de emergencia tenían más probabilidades que otras mujeres de presentar puntuaciones de rango clínico en la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) a los dos meses después del parto. Estos efectos siguieron siendo significativos aun cuando se controlaba por variables sociodemográficas y la psicopatología preexistente. Además, hay evidencia de que la sintomatología de la DPP puede estar influenciada por la salud del lactante (Blom et al., 2010) y el temperamento (Vik et al., 2009). Por el contrario, el tipo de parto no ha recibido la suficiente evidencia científica para considerarse como un factor de riesgo para la DPP (Adams, Eberhard-Gran, Sandvik y Eskild, 2012; Carter, Frampton y Mulder, 2006).

### 3.2.3 Psicosis puerperal

La descripción de la psicosis puerperal se remonta a la época griega antes de Cristo, Hipócrates ya refería en sus escritos la existencia de patología psicótica en mujeres en el puerperio y posteriormente Sorano de Efeso (médico griego del siglo II d.C) en el 100 d.C la define como una situación de “frenitis aguda” entendida como *“enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno”* (Ackernecht, 1962). Sin embargo no es hasta el siglo XIX, cuando aparece la sintomatología definida con criterios científicos (Alcade, 2002).

Desde sus primeras descripciones hasta la actualidad se ha debatido entre los diferentes científicos y autores de cada época, si la psicosis puerperal es un cuadro con unas características psíquicas especiales que lo convierten en una entidad diagnóstica, o bien, debe ser estudiado dentro de los grandes cuadros psiquiátricos, ya que no se puede considerar independiente de los mismos. Actualmente, se debate entre las diferentes escuelas si la psicosis puerperal es una psicopatología afectiva, esquizoafectiva, psicótica inespecífica o si se incluye dentro de las psicosis cicloides (García y Otín, 2007).

La psicosis puerperal presenta un cuadro clínico muy característico que a su vez puede adoptar multitud de diferentes combinaciones que pueden darse entre las diferentes alteraciones cognitivas, psicomotoras, del discurso, sensoperceptivas, del pensamiento y afectivas (García y Otín, 2007). Coincidiendo casi por completo con la clásica descripción propuesta por Klompenhouwer y Hulst (1991), García y Otín (2007) refieren que desde el punto de vista clínico es característica la existencia de

fluctuaciones rápidas del nivel de conciencia, con perplejidad, desorientación e intervalos lúcidos dispersos. Los trastornos de pensamiento se presentan como delirios o ideas deliroides asociadas a la maternidad. En cuanto a la psicomotricidad y el discurso presenta también importantes fluctuaciones, desde el estupor a la agitación y desde el mutismo a la verborrea. A nivel afectivo también existe una rápida variabilidad desde gran euforia y ansiedad hasta ánimo depresivo.

Como ya se ha indicado en líneas anteriores, en la actualidad la psicosis puerperal no existe como entidad nosológica independiente. Según el DSM-5 (APA, 2013) el trastorno más similar es el Trastorno Psicótico Breve de inicio en el posparto. En este sentido, la aportación más notable del DSM-5 (APA, 2013) está en que la especificación de “inicio en el posparto” a pesar del nombre, recoge la posibilidad de que el episodio comience en el embarazo o en las cuatro primeras semanas después del parto, lo cual deja entreabierta la posibilidad de que la sintomatología psicótica que pueda dar comienzo ya en el periodo perinatal quede recogida y evidenciada de manera exacta. Ciertamente es que, lo más frecuente es que la psicosis puerperal se presente en el periodo de posparto, de ahí su nombre, pero en algunas ocasiones, puede presentarse en el periodo anteparto. En estos casos es posible que aparezca con síntomas catatónicos y de eclampsia. A pesar de que la incidencia de esta psicosis en la mujer embarazada es escasa, es importante tras descartar patología orgánica, incluir este proceso en el diagnóstico diferencial (Ranzini et al., 1996).

Existen múltiples factores tanto psicosociales como biológicos asociados al desarrollo de una psicosis en el puerperio; y seguramente la combinación de varios de ellos en la misma paciente sea el desencadenante del episodio psicótico. Tal y como se indica en el actual DSM-5, los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. Los episodios de estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) que ocurren en el posparto con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1000 partos y pueden ser más frecuentes en primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con EDM anteriores, pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial el trastorno bipolar I) o episodios previos de psicosis puerperal y en las que tienen antecedentes familiares de trastornos bipolares (APA, 2013). Pero también autores como García y Otín (2007) refieren la existencia de otros factores psicosociales asociados como, ser primípara (en el 50-60% casos de psicosis puerperal), que el primer hijo sea varón, ser soltera, tener hábitos tóxicos, la estación

del año en la que sucede y la influencia de las relaciones sociales y familiares conflictivas, principalmente si se trata de la relación con la pareja y la relación con la madre. Además, añaden algunas variables obstétricas como, haber tenido un parto por cesárea, o complicaciones en el posparto. Estos autores también mencionan otros factores biológicos asociados, algunos de los cuales actualmente están en estudio, como los niveles hormonales (CRH, serotonina, estrógenos, progestágenos, prolactina, glicina), la influencia de los neurotransmisores (receptores opioides endógenos), presentar anemia (por ejemplo hemorragias posparto), las infecciones, la toma de fármacos y tóxicos.

El infanticidio se asocia, en la mayoría de las ocasiones a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por la presencia de alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero también los síntomas psicóticos pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo en el posparto sin estos delirios o alucinaciones específicas. Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es del 30 al 50% (APA, 2013).

El periodo posparto es un momento excepcional en cuanto al grado de alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales que confluyen en el contexto de la mujer puerpera, por ello es importante prestar especial atención a la aparición de estos cuadros clínicos que pueden entrañar graves consecuencias. Los episodios posparto de clínica psicótica se han de diferenciar del síndrome confusional que en ocasiones sucede en el periodo posparto, y que se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante que no implica criterios de gravedad (APA, 2013).

### ***3.3 Otros trastornos psicopatológicos de interés***

#### **3.3.1 La ansiedad prenatal**

Ansiedad y estrés son conceptos que a menudo, suelen ser difíciles de diferenciar. Algunos autores entienden la ansiedad como parte de la respuesta al estrés (Chrousos y Gold, 1992; Siegman y Boyle, 1993). La ansiedad podría ser considerada como un signo clínico, una expresión biológica del estrés y para algunos autores representa el componente fenomenológico de éste (Graziani y Swendsen, 2004; Leventhal y Tomarken, 1987). Para otros, el estrés es un término genérico, que incluye

una amplia gama de diferentes exposiciones, demostrando muchos tipos diferentes de estrés. Estos incluyen síntomas de ansiedad y depresión materna (O'Connor, Heron, Golding y Glover, 2003; Van den Bergh, Van Calster, Smits, Van Huffel y Lagae, 2008), de ansiedad específica del embarazo (Huizink, Medina, Mulder, Visser y Buitelaar, 2002), de duelo (Khashan et al., 2008), e incluso de las experiencias de los acontecimientos estresantes de la vida, como por ejemplo, una mala relación de pareja (Bergman, Sarkar, O'Connor, Modi y Glover, 2007) o la exposición a desastres naturales (Laplante, Brunet, Schmitz, Ciampi y King, 2008).

En estos últimos años, se está experimentando un creciente interés por parte de clínicos e investigadores por el estudio del estrés prenatal y sus efectos sobre la salud mental y física de las mujeres y sus descendientes (Di Pietro, Costigan y Sipsma, 2008; Glover, 2011; O'Donnell, O'Connor y Glover, 2009; Van den Bergh et al., 2008; Weinstock, 2008).

Numerosos estudios han demostrado que durante el embarazo surgen multitud de preocupaciones que son consideradas normales durante este periodo, sobre todo para las mujeres primíparas para quienes el embarazo es una experiencia nueva y desconocida (Green, Kafetsios, Statham y Snowdon, 2003; Redshaw, Martin Rowe y Hockley, 2009; Redshaw y Heikkila, 2010). Sin embargo, en investigaciones recientes, se ha observado que para algunas mujeres el nivel de ansiedad que experimenta durante el embarazo es tal que llega a interferir con el funcionamiento normal de sus vidas (Henderson y Redshaw, 2013).

Huizink, Mulder, de Medina, Visser y Buitelaar (2004b) basándose en la evidencia de estudios anteriores (p.ej, Levin, 1991; Van den Bergh, 1990) realizaron un trabajo en el que por medio del análisis factorial encontraron un modelo de tres factores de ansiedad en el embarazo: "miedo al parto", "miedo de tener un hijo con discapacidad física o mental" y "preocupación por el propio aspecto físico". Según sus resultados la estructura factorial es estable durante todo el embarazo, pero las puntuaciones medias pueden variar durante el periodo prenatal, estos autores refieren puntuaciones más altas respecto al miedo al principio del embarazo, niveles ligeramente más bajos al final del embarazo y las puntuaciones más bajas durante el periodo que corresponde a la mitad de la gestación. Refieren además, que los factores de personalidad pueden explicar solo una pequeña parte de la varianza de estos miedos. Añaden que los grupos de alto riesgo, como las mujeres que sufren problemas mentales o mujeres con un aborto involuntario anterior, tienen más miedo de tener un hijo con discapacidad física o mental y están menos preocupadas por su apariencia física que las mujeres con

embarazos de bajo riesgo. Finalmente los autores concluyen que la ansiedad en el embarazo debe ser considerada como un síndrome diferente de la ansiedad que pueda ocurrir en otro periodo de la vida de la mujer.

Trabajos más recientes como el de Dunkel-Schetter (2011) proponen que la ansiedad del embarazo, puede entenderse como un síndrome que representa un estado emocional similar a la ansiedad estado, pero más contextualizado, puesto que se basa en las preocupaciones específicas que son habituales entre las mujeres, acerca de su embarazo. Posteriormente Dunkel- Schetter y Tanner (2012) añaden que la ansiedad del embarazo, ansiedad específica del embarazo o también llamada angustia del embarazo, es un síndrome que refleja los temores de la mujer embarazada sobre la salud y el bienestar del propio bebé, la experiencia hospitalaria y la atención a la propia salud de la mujer, la supervivencia en el embarazo, el parto, el posparto y el rol de padres.

#### **3.3.1.1 Prevalencia**

En líneas generales la evidencia sugiere que un número significativo de las mujeres experimentan ansiedad prenatal (Dunkel-Schetter, 2011; Ross y McLean, 2006). Sin embargo, las cifras de los estudios son en ocasiones muy dispares. Por ejemplo, en varios estudios se ha obtenido una prevalencia de ansiedad tanto en la población general como en la población de mujeres embarazadas de entre un 6.6 y un 10.4% (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström y Bixo, 2004; Berle et al., 2005; Lisspers, Nygren y Söderman, 1997). En otros trabajos, se estima que entre el 8% y el 21 % de las mujeres experimentan niveles elevados de ansiedad durante el embarazo (Heron et al., 2004). Un amplio estudio (Vesga-López et al., 2008) basado en población de mujeres de EE.UU, reportó una prevalencia del 13% para los trastornos de ansiedad en mujeres embarazadas o después del parto, comparadas con una muestra de mujeres no embarazadas.

Algunos estudios más actuales como el de Ferreira, Orsini, Vieira, do Amarante Paffaro y Silva (2015) mostraron en sus resultados datos de prevalencia de la ansiedad prenatal diferenciados para la muestra de mujeres de su estudio (N= 207), respecto a la ansiedad-estado la prevalencia fue del 58.5% y para la ansiedad-rasgo fue del 53.2%. Además, los autores demostraron que solo la ansiedad rasgo se podía explicar por las variables estudiadas y se asociaba a la realización de un tratamiento para enfermedades crónicas (OR= 2.93; IC= 1.02 a 8.41;  $p=.045$ ) y el uso continuo de medicamentos con receta (OR= 2.30; IC= 1.06 a 4.97;  $p=.034$ ).

Otros estudios refieren diferencias en los datos de prevalencia a lo largo de las diferentes etapas del embarazo. Por ejemplo, el estudio de Lee et al. (2007), que ya se ha explicado en líneas anteriores, mostró importantes resultados al respecto, en primer lugar sus datos indicaron que la ansiedad prenatal era más frecuente que la depresión, el 54% de las mujeres presentaban ansiedad prenatal durante al menos un trimestre del embarazo. Además, sus resultados mostraron variaciones en el nivel de ansiedad a lo largo del embarazo, la prevalencia fue de 36.3% (IC del 95%: 33.7-38.9%) en el primer trimestre. La tasa se redujo a 32.3% (IC del 95%: 29.7-34.9%) en el segundo trimestre, pero aumentó de nuevo hasta el 35.8% (IC del 95%: 33.2-38.4%) en el tercer trimestre.

En la misma línea, el trabajo de Teixeira et al. (2009), demostró en sus resultados que los síntomas de ansiedad prenatal eran elevados en los tres trimestres de embarazo pero además seguían un patrón como en forma de “U” presentando un 15% en el primer trimestre, una disminución significativa en el segundo trimestre (12.3%) y de nuevo un aumento de los síntomas en el tercer trimestre (18.2%). Cabe añadir que los resultados mostraron que tanto los hombres como las mujeres primíparas presentaban mayores niveles de ansiedad en el primer que en el tercer trimestre, mientras que las parejas de madres múltiparas registraron valores más altos en el tercer que en el primer trimestre de embarazo.

Diversos estudios anteriores han encontrado resultados similares, reportando niveles de ansiedad más bajos, entre un 6.6% y un 15%, en el segundo trimestre de embarazo (Andersson et al., 2003; Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström y Bixo, 2006; Heron et al., 2004).

Como podemos observar, las cifras sobre la prevalencia, pueden variar dependiendo en muchas ocasiones de algunos factores como, el momento del embarazo en que se evalúa a la mujer y del instrumento de medida que se utiliza. No obstante, en trabajos más recientes como Henderson y Redshaw (2013), los datos fueron similares. Estos autores estudiaron una muestra de 5332 mujeres en el periodo pre y posnatal diferenciándolas entre primíparas y múltiparas. En los resultados observaron que el 13.9% de las mujeres evaluadas habían experimentado síntomas de ansiedad prenatal, en este periodo no encontraron diferencias significativas entre las mujeres primíparas y múltiparas.

### 3.3.1.2 Factores de riesgo

Entre las diversas cuestiones que plantea el trabajo de Dunkel-Schetter (2011) se encuentra la posible influencia de los factores psicosociales en la aparición de la ansiedad prenatal. Sugiere que es probable que aquellas mujeres que presenten niveles altos de ansiedad durante el embarazo, sean las que cuenten con menores recursos de manejo de la misma. Por ejemplo, las mujeres que carecen de apoyo social e información, tendrían mayor probabilidad de sufrir ansiedad prenatal, puesto que tendrían mayores dificultades para hacer frente a las preocupaciones específicas del embarazo, relacionadas muchas veces con la salud del bebé y el parto. Por otra parte, el autor hipotetiza que una combinación de niveles altos de estrés y un nivel bajo en resiliencia, pueden traducirse en un aumento de la ansiedad prenatal. Por último, otros factores que según el planteamiento del autor podrían contribuir a la ansiedad prenatal son, la predisposición a la ansiedad general, el neuroticismo, haber sufrido un trastorno de ansiedad previo al embarazo, y presentar condiciones de riesgo médico que puedan influir en el curso normal del embarazo. Finalmente, el autor añade que en algunos casos el origen de la ansiedad prenatal puede estar en las experiencias tempranas de falta de atención adecuada o apego inseguro con sus propios padres, que según algunos autores (Shaver, Collins y Clark, 1996) se traducen en un estilo de apego ansioso o inseguro en el adulto.

Otros estudios de revisión como el de Paarlberg et al. (1995) y Roy-Matton Moutquin, Brown, Carrier y Bell (2011), también hacen hincapié en la importancia de los factores psicosociales, tales como el apoyo social o las estrategias de afrontamiento, como moderadores potenciales del estrés.

En diversos estudios, se ha planteado la posibilidad de que ciertos factores de riesgo psicosociales y demográficos como, el nivel educativo y socioeconómico de la madre, el tabaquismo, el consumo de alcohol, edad joven o tener un peso y altura bajo antes del embarazo, pueden estar relacionados con el estrés prenatal y pueden mediar en ciertos resultados adversos como son el parto prematuro o el bajo peso al nacer (Aliyu, Saidu, Alio, Marty y Salihu, 2010; Da Costa, Brender y Larouche, 1998; Da Costa, Larouche, Dritsa y Brender, 2000; Gennaro, 2005; Hedegaard, Henriksen, Sabroe y Secher, 1993; Keegan, Parva, Finnegan, Gerson y Belden, 2010; Lobel, 1994; Newton y Hunt, 1984; Olds, Henderson y Tatelbaum, 1994; Wadhwa, Sandman, Porto, Dunkel-Schetter y Garite, 1993; Wadhwa et al., 2001).



Otros factores de riesgo estudiados como la condición de madre primípara o múltipara no parece ofrecer resultados claros. En algunos estudios la multiparidad resultó un factor de riesgo para la ansiedad (Figueiredo y Conde, 2011; Grant, McMahon y Austin, 2008), pero no en otros (Di Pietro et al., 2004). Algunos estudios afirman que ser madre primípara o múltipara modula tanto la expresión de la depresión materna, como la reactividad al estrés y refieren que en las madres múltiparas no es tan grave como en madres primigestas (Tu, Lupien, y Walker, 2005).

Por otro lado, condiciones médicas como los tratamientos de fertilidad también parecen estar relacionados con la ansiedad prenatal. Las mujeres embarazadas como resultado de un tratamiento de fertilidad podrían tener mayor riesgo de ansiedad en el embarazo, especialmente si fueron necesarios dos o más ciclos de tratamiento (McMahon, Ungerer, Beaurepaire, Tennant y Saunders, 1997).

Gran parte de los resultados de las investigaciones, sugieren que es posible que algunas mujeres cuenten con ciertas vulnerabilidades que en ocasiones sean anteriores al embarazo, pero que pueden interferir con las condiciones sociales, familiares, culturales y ambientales que se dan en el periodo del embarazo, y ello pueda provocar un aumento de los niveles de ansiedad en el periodo prenatal. Existe evidencia que demuestra que, la exposición a situaciones de estrés en el embarazo es habitual, al menos para ciertos subgrupos de población de mujeres. Por ejemplo, Redshaw y Henderson (2013), comprobaron en su estudio que aquellas mujeres que experimentaron ansiedad prenatal en niveles significativos eran generalmente las mujeres jóvenes, en las mujeres de origen étnico diferente al caucásico, con nivel socioeconómico bajo, las que eran madres solteras, las mujeres con problemas de salud física o mental o que sufrían alguna discapacidad, y aquellas con un embarazo no planeado y una reacción negativa hacia el mismo. Sin embargo, en un estudio realizado con mujeres de medio urbano, se observó que el 78% presentaba un nivel de estrés psicosocial prenatal de bajo a moderado y el 6% de las mujeres presentaba niveles altos de estrés psicosocial (Woods, Melville, Guo, Fan y Gavin, 2010).

Algunos trabajos han ido más allá y han intentado establecer predicciones entre determinados factores de riesgo y la aparición de la ansiedad prenatal. Por ejemplo, Gurung, Dunkel-Schetter, Collins, Rini y Hobel (2005) refieren en su estudio que en la etapa temprana del embarazo, pueden existir algunos predictores significativos como son, la sensación de dominio, los acontecimientos de vida estresantes y la actitud hacia el embarazo, junto con otros factores demográficos y otros de carácter médico. En este mismo estudio, se encontró que, el predictor más robusto para la ansiedad en las

últimas etapas del embarazo era haber sufrido ansiedad previamente. Siguiendo esta línea, un estudio más reciente realizado en EE.UU (Arco, 2013) indicó que entre una muestra de mujeres primíparas estadounidenses, determinados factores como, ser menor de edad, de etnia caucásica, soltera, con nivel educativo y económico bajo, una actitud negativa hacia el embarazo y un nivel de ansiedad general elevado, predecía la ansiedad específica del embarazo.

### **3.3.1.3 Consecuencias**

La ansiedad elevada durante el embarazo puede suponer la aparición de efectos adversos importantes en la salud de la mujer. Se ha comprobado que la ansiedad prenatal puede estar asociada con un mayor número y severidad de síntomas fisiológicos, tales como náuseas y vómitos, lo que a su vez, puede llevar a un aumento del número de visitas al médico (Vythilingum, 2008). Se ha visto además, que la mujer con niveles elevados de ansiedad prenatal, puede requerir índices más altos de anestesia epidural durante el trabajo de parto y el parto por cesárea (Alder, Fink, Bitzer, Hosli y Holzgreve, 2007).

También los niveles de ansiedad prenatal pueden estar relacionados con determinadas conductas maternas, las mujeres con ansiedad durante el periodo del embarazo están menos predispuestas a amamantar y si comienzan esta labor, son más propensas a dejar la lactancia materna de manera temprana (Ystrom, 2012), con los posibles efectos directos e indirectos que ello puede llevar sobre la salud y el desarrollo del bebé. En este sentido, la ansiedad durante el embarazo, es uno de los factores de riesgo maternos más potentes que pueden dar lugar a la aparición de resultados o efectos adversos tanto para la madre como para el futuro bebé (Dunkel-Schetter, 2011).

Muchos estudios prospectivos independientes han demostrado que además de los efectos adversos en la propia mujer, la ansiedad o depresión prenatal puede propiciar un aumento en el riesgo de presentar una amplia gama de problemas de salud por parte de sus hijos/as (Glover, 2011; Talge, Neal y Glover, 2007; Van den Bergh, Mulder, Mennes y Glover, 2005a).

El tipo de efectos adversos que puede ocasionar la ansiedad prenatal incluye tanto alteraciones del crecimiento y desarrollo y alteraciones en la salud física, como trastornos emocionales y conductuales. Algunos autores sugieren que puede existir una relación directa entre el estado emocional de las madres, concretamente de su nivel de

estrés percibido y la ansiedad estado, con el desarrollo del feto o del niño/a, incluyendo alteraciones conductuales (p.ej, Wadhwa et al., 2001).

Diversos estudios han relacionado la ansiedad prenatal con la prematuridad y el bajo peso al nacer (Class et al., 2011; Rondó et al., 2003; Roy-Matton et al., 2011). El estudio de las causas de estas dos condiciones es sumamente importante puesto que, son dos de las principales causas de la mortalidad perinatal y se asocian con los trastornos del desarrollo neurológico más frecuentes (Creasy, 1994; Di Pietro, 2002).

Del mismo modo, estudios recientes han demostrado que el estrés prenatal está relacionado con el bajo peso al nacer y una reducción en la edad gestacional (feto con menor desarrollo del que corresponde para su etapa gestacional) (Wadhwa et al., 2011; Rice et al., 2010). Se ha observado que los síntomas de ansiedad prenatal, también tenían una asociación con un menor crecimiento del feto durante las 20 a 22 semanas de gestación (Conde et al., 2010) y una relación significativa con la consecución de un parto prematuro (Ross y McLean, 2006).

Son numerosos los estudios disponibles que, incluso después de ajustar las variables por posibles factores de confusión, sostienen que sufrir ansiedad durante el embarazo de forma severa o prolongada puede ser un fuerte predictor de restricción del crecimiento intrauterino del feto, de parto prematuro y bajo peso al nacer (Dunkel-Schetter y Tanner, 2012; Sjogren y Thomassen, 1997; Vythilingum, 2008). No obstante, debemos tener en cuenta que autores como Dunkel-Schetter y Tanner (2012), advierten que no se considera que pueda existir una asociación directa entre la ansiedad y el parto prematuro con un tamaño del efecto tan grande como el que se puede obtener con otro tipo de variables comparativas, como por ejemplo ocurre con el consumo de tabaco por parte de la madre durante la gestación.

Muchos son los estudios que han demostrado la relación entre la ansiedad materna y problemas de salud posterior en el bebé, como por ejemplo el asma (Khashan et al., 2012); alteraciones en la función inmunológica (O'Connor et al., 2013) e incluso mayor riesgo de presentar obesidad (Entringer, 2013).

Diversos estudios refieren alteraciones en los lactantes que aparecen asociados al estrés y la ansiedad de las madres durante el embarazo, como pueden ser problemas de sueño (O'Connor et al. 2007); un mayor nivel de ansiedad (Bergman et al., 2007) además de encontrar relación con un temperamento difícil en los bebés a esta corta edad (Werner et al., 2007; Davis et al., 2007; Blair, Glynn, Sandman y Davis, 2011).

Pero las consecuencias de la ansiedad sufrida durante el embarazo, pueden ir más lejos y llegar a tener una repercusión importante a largo plazo, ya que también se

ha asociado con un pobre desarrollo cognitivo y motor en los niños, una mala regulación de la conducta en situaciones nuevas o difíciles y con problemas temperamentales (Buss, Davis, Hobel y Sandman, 2011; Dunkel-Schetter y Tanner, 2012; Grant et al., 2008; Huizink, Mulder y Buitelaar, 2004a; Van den Bergh et al., 2005a).

Del mismo modo se ha descrito un aumento del riesgo de esquizofrenia, la depresión infantil (Oberlander et al., 2008) y la alteración de la actividad de los genes por un aumento de la metilación del ADN tanto en la madre, como posteriormente en los niños y adolescentes (Radtke et al., 2011) de manera que podría persistir en la edad adulta facilitando la aparición de alteraciones o trastornos. Además se ha visto que el nivel de estrés del parto (Glover, Miles, Matta, Modi y Stevenson, 2005) y las experiencias estresantes que tiene el bebé prematuro (O'Connor et al., 2005) pueden tener efectos al menos durante varios meses en la regulación de su nivel de cortisol.

Investigaciones actuales han hallado asociaciones entre el estrés prenatal y resultados en el desarrollo neurológico en niños de 3 a 16 años. Estos estudios han demostrado que el estrés prenatal aumenta los problemas emocionales del niño, especialmente los síntomas de ansiedad y depresión, los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los trastornos de conducta (Barker, Jaffee, Uher y Maughan, 2011; Li, Olsen, Vestergaard y Obel, 2010; O'Connor, Heron, Golding, Beveridge y Glover, 2002a; Rice et al., 2010; Rodríguez y Bohlin, 2005; Pawlby, Hay, Sharp, Waters y O'Keane, 2009; Van Den Bergh y Marcoen, 2004). Los estudios también han demostrado una reducción en el rendimiento cognitivo asociado con el estrés prenatal (Barker et al., 2011; Laplante et al., 2008). Los estudios de O'Connor et al. (2002a) demostraron el vínculo entre la ansiedad prenatal y problemas de conducta y emocionales del niño a los 4 años de edad. Además se ha observado como altos niveles de ansiedad materna prenatal en las 12 y 22 semanas de embarazo, podría ser un factor importante en el desarrollo de los síntomas del TDAH, problemas de externalización, y de ansiedad en los niños a los 8 y 9 años de edad (Van den Bergh y Marcoen, 2004). También un estudio belga/holandés destaca que niveles de ansiedad elevados al inicio del embarazo, puede afectar el cerebro fetal y convertirse en un factor de riesgo para los trastornos cognitivos a los 14 y 15 años de edad (Van den Bergh et al., 2005b). Algunas investigaciones (Beversdorf et al., 2005; Kinney, Munir, Crowley y Miller, 2008) han encontrado una asociación entre el estrés prenatal y mayor riesgo de autismo o trastornos del espectro autista. Dos estudios han encontrado un mayor riesgo de esquizofrenia en adultos cuyas madres sufrieron altos niveles de estrés por eventos de

la vida estresantes de gran magnitud durante el embarazo (Khashan et al., 2008; van Os y Selten, 1998).

#### **3.3.1.4 Etiología de la ansiedad prenatal**

A la hora de intentar sintetizar las conclusiones de las investigaciones más recientes sobre la etiología de la ansiedad prenatal y sus consecuencias sobre la salud en las mujeres y sus hijos/as, cabe mencionar el estudio desarrollado por Glover (2015). Este autor recoge en su trabajo estudios recientes al respecto que resulta importante describir.

Glover (2015) refiere que desde hace algunos años está incrementando el interés por los mecanismos que subyacen a la aparición de la ansiedad prenatal y sus efectos. Una de las primeras propuestas hace referencia a la función hormonal de la placenta como protagonista. Como ha quedado explicado en capítulos anteriores, en el embarazo humano, la placenta produce un aumento de las concentraciones de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula la producción de cortisol materno. Esto a su vez se asocia con una respuesta disminuida del cortisol al estrés (Kammerer et al., 2002). Diversas investigaciones han comprobado que los niveles de cortisol en el plasma materno se correlacionan fuertemente con los de la sangre del cordón (Gitau, Cameron, Fisk y Glover, 1998) y el líquido amniótico (Baibazarova et al., 2013). Además, trabajos como el de Davis y Sandman (2010) han demostrado como el nivel de cortisol materno prenatal puede ser un predictor de los efectos en el niño independientemente del estado de ánimo de la madre. Sin embargo, a pesar del creciente interés por parte de la investigación en esta propuesta, el mediador entre el estrés, la ansiedad y la depresión prenatal materna y los efectos adversos en el feto, bebé o niño/a actualmente no se conoce con exactitud (Glover, 2015).

Algunos estudios hacen referencia a la existencia de mediadores biológicos maternos relacionados con el sistema inmunitario y la respuesta de inflamación, como las citoquinas pro-inflamatorias (proteínas que regulan la función de las células que las producen, en este caso células hematopoyéticas, sobre otros tipos celulares) que podrían estar asociadas con la ansiedad o estrés materno. Coussons-Read, Okun y Nettles (2007) refieren en su estudio que el aumento de las citoquinas puede estar asociado con el estrés psicosocial durante el embarazo. Estos autores comprobaron que niveles de estrés elevados estaban relacionados con un mayor nivel de interleucina-6 (IL-6), tanto en etapas tempranas del embarazo como en el periodo tardío. Asimismo,

encontraron que los niveles elevados de estrés prenatal eran predictivos de la producción elevada de las citoquinas pro-inflamatorias IL-1B e IL-6 en el tercer trimestre, lo que sugiere según los autores, que el estrés durante el embarazo afecta a la función de las células del sistema inmune. Un estudio reciente (Haeri, Baker y Ruano, 2013) ha obtenido resultados similares y sugiere que las mujeres embarazadas deprimidas tienen niveles más altos de IL-6 en el primer trimestre de embarazo. No obstante, la investigación no es concluyente puesto que otros estudios (Blackmore et al., 2011), no han podido encontrar ninguna asociación entre los síntomas maternos de ansiedad y depresión durante el embarazo y los niveles de IL-6 a las 18 o 32 semanas de gestación.

Por otra parte, como ya se conoce, la placenta juega un papel crucial en el desarrollo fetal. Dependiendo de las señales químicas que recibe de la madre, puede alterar su capacidad de filtración y por lo tanto modificar la exposición del feto a sustancias químicas específicas (Jansson y Powell, 2007). Glover, Bergman, Sarkar y O'Connor. (2009) demostraron que con el aumento de los niveles de ansiedad materna la correlación entre los niveles de cortisol en plasma materno y líquido amniótico aumentaba significativamente. Estudios más recientes han demostrado que en las mujeres que tienen una cesárea electiva, los síntomas de ansiedad registrados en el día anterior a la intervención, se asociaban con una hiporregulación de la deshidrogenasa 11 $\beta$ -hidroxiesteroide 2 (11 $\beta$ -HSD2), esta es la enzima que descompone el cortisol en el producto inactivo (cortisona en humanos) (O'Donnell et al., 2012). Esto sería compatible con la activación de alguna señal química en la madre que provocaría una alteración en la capacidad de filtración de la placenta, lo que permitiría que más cortisol pase a través de la placenta hacia el feto. Pero no todos los estudios obtienen resultados que van en la misma dirección, Ponder et al. (2011) no consiguió demostrar la asociación entre esta hiporregulación del 11 $\beta$ -HSD2 y los síntomas maternos prenatales de ansiedad o depresión, aunque sí encontraron alteraciones en el transportador de noradrenalina. Esto puede ser debido a diferencias en el diseño del estudio, y las características de la población de mujeres de la muestra.

Además del cortisol, otro factor que se propone como elemento importante en la alteración del desarrollo del cerebro fetal es el receptor de serotonina 5-hidroxitriptamina (5-HT), que actúa como un factor trófico que regula la división celular neuronal del feto, la diferenciación y la sinaptogénesis (Gaspar, Cases y Maroteaux, 2003). Un trabajo reciente ha identificado una vía de biosíntesis de la serotonina endógena dentro de la placenta humana, que juega un papel en el desarrollo

neurológico del feto (Bonnin y Levitt, 2011). Todavía se necesita acumular evidencia sobre la función de este neurotransmisor pero parece que la serotonina podría ser otro posible mediador de los efectos inducidos por el estrés prenatal sobre la programación del desarrollo neurocognitivo y del comportamiento en la descendencia (Glover, 2015).

Todavía existe poca evidencia en estudios con seres humanos de que la sobreexposición del feto a productos químicos específicos sea un factor mediador de los efectos del estrés prenatal (Glover, 2015). Sin embargo, se ha demostrado que los niveles de cortisol de líquido amniótico están inversamente correlacionados con el desarrollo cognitivo en el niño/a (Bergman, Sarkar, Glover y O'Connor, 2010), pero solo en aquellos niños/as que presentaron un apego inseguro. Parece evidente que al menos algunos efectos del estrés prenatal pueden estar modificados por el ambiente postnatal (Glover, 2015).

En modelos animales, se ha descubierto que el estrés prenatal puede tener un efecto a largo plazo sobre la función del eje HPA en la descendencia, aunque los mecanismos son bastante complejos (Weinstock, 2005). Sin embargo, los estudios con humanos han sido más escasos, no obstante, estudios como O'Connor et al. (2005) han demostrado que la ansiedad prenatal mostraba asociaciones significativas con el nivel de cortisol elevado por la mañana en los niños de 10 años, pero que el patrón cambiaba en la adolescencia (O'Donnell et al., 2013). En los niños de 15 años de edad, había modestos pero significativos efectos, se registraba un patrón con una subida de nivel de cortisol por la mañana, disminuyendo después mostrando una pendiente diurna más plana. A pesar de estos hallazgos se piensa que es poco probable que en estos cambios en el patrón de cortisol diurna estén basados cualquiera de los cambios emocionales, conductuales o cognitivos observados en niños mayores, ya que son demasiado pequeños (Glover, 2015).

Por último, también los estudios de epigenética en humanos empiezan a cobrar especial importancia cuando se habla de ansiedad prenatal. Están empezando a encontrarse cambios epigenéticos en los niños sometidos a estrés prenatal materno, en los que se ve involucrado el receptor de glucocorticoides, que responde al cortisol (Harris y Seckl, 2011). Estudios recientes han encontrado datos al respecto, Mulligan, D'Errico, Stees y Hughes (2012) observaron que en una cohorte de recién nacidos del Congo, los bebés sometidos a estrés prenatal mostraban alteraciones como la reducción del peso al nacer que fue asociada a la metilación en el promotor del receptor de glucocorticoides NR3C1. Trabajos más actuales también han demostrado que un alto nivel de ansiedad específica del embarazo se asocia con cambios epigenéticos en el

promotor de este receptor en el recién nacido (Hompeš et al., 2013). Del mismo modo, la exposición de la mujer a la violencia de género ha demostrado una asociación con cambios epigenéticos en el promotor para el mismo receptor en la sangre de sus hijos adolescentes (Radtke et al., 2011).

A modo de conclusión Glover (2015) sugiere que hoy existe evidencia de peso que indica como las diversas formas de estrés prenatal contribuyen en los cambios del desarrollo neurológico en el niño/a a largo plazo. Los mecanismos subyacentes están empezando a ser entendidos y probablemente incluyen el eje HPA, los cambios en la capacidad de filtración de la placenta y los cambios epigenéticos en el niño/a. Sin embargo, añade, que quedan muchos temas por esclarecer antes de comprender estos mecanismos que subyacen para que en un futuro sean capaces de evaluar y orientar adecuadamente las diferentes intervenciones.

### ***3.4 Comorbilidad entre la depresión y la ansiedad prenatal***

Trabajos en población normal como los de Pollack (2005) y Young, Abelson y Cameron (2004) han ofrecido datos de comorbilidad importantes, alcanzado cifras en un rango de 30-58% en los pacientes de sus estudios. Actualmente, sabemos que en general hay una alta tasa de comorbilidad que varía del 40 al 80 % entre los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, 2005; Olatunji, Cisler y Tolin, 2010).

El fenómeno de la comorbilidad ha demostrado tener notables implicaciones clínicas, por ejemplo, los pacientes con síntomas de depresión y ansiedad de manera comórbida, tienen síntomas depresivos más severos, episodios depresivos más largos, un curso más crónico del trastorno, peor deterioro psicosocial, una peor respuesta a la medicación, menor recuperación del episodio inicial y un aumento de las tendencias suicidas, si son comparados con los pacientes con solo un diagnóstico de depresión (Pollack, 2005).

A diferencia de los estudios clásicos que sugerían que la ansiedad y la depresión son entidades psicopatológicas distintas que tienen efectos diferentes y que pueden operar a través de diferentes mecanismos (p.ej, Glover et al., 1999), las teorías psicopatológicas contemporáneas plantean que las diferentes vías de estudio de la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión, pueden compartir un mecanismo genético subyacente común (Kendler, Gardner, Gatz y Pedersen, 2007; Williamson, Forbes, Dahl y Ryan, 2005). En esta línea se ha demostrado evidencia acerca de la



existencia de un solapamiento de las estructuras latentes y las características clínicas de ambos trastornos conformando los denominados Trastornos Emocionales (TE) (Wilamowska et al., 2010). También en el estudio de los trastornos psicopatológicos en el periodo prenatal, las investigaciones están llegando a conclusiones similares, estudios como el de Field et al. (2010b), del que se hablará a continuación sostienen que la ansiedad y la depresión tienden a ser patologías comórbidas en la mujer embarazada y que por tanto sus efectos pueden darse por un tercer mecanismo.

Buena cantidad de estudios han demostrado datos de comorbilidad entre la ansiedad y los síntomas de depresión durante el embarazo (Austin, Tully y Parker, 2007; Field et al., 2003; Heron et al., 2004; Littleton et al., 2007; Matthey, 2008; Matthey et al., 2003; Wenzel, Haugen, Jackson y Brendle, 2005). Un estudio llevado a cabo por Ross, Evans, Sellers, Romach (2003), demostró que casi el 50% de las mujeres embarazadas y puérperas clínicamente deprimidas, también presentaban ansiedad clínicamente significativa. En otro estudio posterior Andersson et al. (2006) presentaron datos en los que el 20.5% de las mujeres con patología psiquiátrica diagnosticadas en el segundo trimestre de embarazo, presentaban síntomas de depresión y ansiedad de forma comórbida. Trabajos importantes que ya se han comentado con anterioridad muestran datos destacables, Teixeira et al. (2009) obtuvieron altas tasas de comorbilidad entre la ansiedad y la depresión en las mujeres de su estudio, siendo de 10.6% en el primer trimestre de embarazo, se observó una disminución en el segundo trimestre hasta llegar a un 7.7% y finalmente la tasa de comorbilidad ascendió de nuevo hasta un 11.1%. Estos autores concluyeron que de acuerdo con sus resultados, el segundo trimestre de embarazo parece ser un periodo de calma relativa en términos de morbilidad psicológica, puesto que en sus resultados registraron una disminución significativa tanto para los síntomas de ansiedad como para los síntomas depresivos.

La comorbilidad se da también con independencia de factores socioculturales y sociodemográficos. Estudios llevados a cabo con poblaciones de mujeres pertenecientes a zonas más desfavorecidas, como es la población africana, muestra tasas elevadas de trastornos de ansiedad (Fisher et al., 2012; Sawyer et al., 2010), que además presentan una comorbilidad importante con los trastornos depresivos (Wisner et al., 2013). En esta misma vertiente Field et al. (2010b) llevaron a cabo un estudio con 911 mujeres de diferente origen étnico (59% hispanas, 32% africanas y 9% caucásicas o de origen europeo) de nivel socioeconómico medio-bajo. Su objetivo fue explorar los efectos por separado de la ansiedad y la depresión, comparando, un grupo de mujeres con depresión prenatal, un grupo con ansiedad prenatal, un grupo con comorbilidad de

ambos trastornos y un grupo sin síntomas. Además, de la evaluación del estado de ánimo y ansiedad, en el estudio se recogieron medidas del nivel de ira, las situaciones estresantes cotidianas, la relación con la pareja íntima y los trastornos del sueño, junto con medidas biológicas tanto en la madre como en el recién nacido (resultados de EEG, niveles de cortisol, noradrenalina, adrenalina, dopamina y serotonina). A su vez, estudiaron los posibles efectos adversos de dichos trastornos y las medidas biológicas en la salud de los recién nacidos. Aunque no se compararon los grupos de mujeres a través de los periodos de gestación temprana y tardía, los resultados del trabajo de Field et al. (2010b) mostraron que las mujeres del grupo con comorbilidad presentaban puntuaciones más altas en ansiedad, ira y situaciones estresantes cotidianas, que las mujeres del grupo de depresión y del grupo de ansiedad por separado en el periodo más temprano del embarazo, aunque no hubo diferencias en las puntuaciones respecto al grupo de mujeres deprimidas en el periodo final del embarazo. Comparadas con el grupo sin síntomas, el grupo de mujeres con comorbilidad presentó, mayores alteraciones del sueño y problemas de relación con la pareja. Además, en las mujeres del grupo de comorbilidad se registraron niveles de dopamina más bajos en el periodo gestacional temprano y tardío. También en este grupo se observaron los niveles más altos de noradrenalina, en el periodo tardío de embarazo. Por otra parte, los patrones de actividad frontal derecha registrada en el EEG de las madres del grupo de comorbilidad, no se mostraron diferentes a los de las de las madres de los otros grupos.

Los estudios de investigación más recientes siguen sumando evidencia a cerca de la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión. Ibañez et al. (2012) llevaron a cabo un estudio con 1719 mujeres embarazadas (antes de la 20 semana de gestación) la finalidad de analizar la relación entre la depresión y la ansiedad en las mujeres embarazadas y los posibles efectos adversos neonatales incluyendo la edad gestacional y el peso al nacer. Los resultados mostraron que el 7.9% presentaban ansiedad, el 11.8% síntomas depresivos y el 13.2% de las participantes presentaban depresión y ansiedad de manera comórbida. Además, después de ajustar por posibles factores de confusión, la depresión combinada con ansiedad durante el embarazo se mostró asociada a un aumento del riesgo de parto prematuro espontáneo (OR=2.46, IC95%: 1.22-4.94), pero no mostró relación con el parto prematuro indicado según criterio médico, ni en el peso al nacer. Los autores concluyen que la condición de comorbilidad entre síntomas depresivos y de ansiedad fue la peor condición durante el embarazo. Aunque insisten que se necesitan más estudios para investigar la depresión y la ansiedad como una sola entidad para mejorar la comprensión de las modificaciones biológicas implicadas.

El trabajo de Redshaw y Henderson (2013) también aporta datos al respecto, demostrando que durante el embarazo, del total de las mujeres de su muestra que sufrían ansiedad, el 46% también tenían depresión; de las mujeres que puntuaban en depresión, el 69% también referían ansiedad.

La comorbilidad demostrada entre la depresión y la ansiedad prenatal puede tener repercusiones importantes, como el hecho de comportarse como un factor de riesgo para la DPP (Heron et al., 2004). Diferentes estudios han mostrado como la depresión prenatal predice la DPP y la ansiedad prenatal predice la ansiedad posparto (Heron et al., 2004), además en este estudio se observó que la ansiedad prenatal también predecía la DPP a las 8 semanas y a los 8 meses.

Es fundamental tener en cuenta que la comorbilidad entre estos trastornos puede tener consecuencias negativas sobre la mujer y el futuro bebé. Por ejemplo, se ha reportado un mayor riesgo de preeclampsia en las mujeres con trastornos de estado de ánimo y trastornos de ansiedad antes o durante el embarazo (Andersson et al., 2003, 2004; Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, Ylikorkala, 2000; Qiu Williams, Calderon-Margalit, Cripe y Sorensen 2009). Los efectos combinados de la depresión, la ansiedad y el estrés en el embarazo están asociados con resultados obstétricos adversos tales como el parto prematuro, la preeclampsia y resultados adversos en el desarrollo neurológico del feto (Kaplan, Evans y Monk, 2007).

También algunos de los estudios que ya hemos comentado, ofrecieron datos que relacionan la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión durante el embarazo y las repercusiones sobre el estado de salud de los bebés. Por ejemplo, Field et al. (2010b) mostraron datos de una mayor incidencia de prematuridad en los recién nacidos de las mujeres del grupo de comorbilidad. Además, los recién nacidos del grupo de mujeres con comorbilidad y del grupo de las mujeres con depresión, presentaron mayores niveles de cortisol y noradrenalina y niveles más bajos de dopamina y serotonina, que los niños de los grupos de las mujeres con ansiedad y del grupo de mujeres sin síntomas. Estos bebés también mostraron, una mayor activación del córtex frontal derecho en el EEG, frente a los bebés del grupo de mujeres con ansiedad y el grupo de mujeres sin síntomas. Estos autores sugieren que dado los resultados obtenidos, parece que para algunas condiciones, la comorbilidad es la condición con mayores efectos adversos para el bebé, más que la depresión sola (Field et al., 2010b).

La comorbilidad entre trastorno de ansiedad y depresión es común, sin embargo, los estudios muestran que el sistema a menudo comete errores a la hora de reconocerlos y detectarlos (Goodman y Tyer-Viola, 2010). Es importante que estas

condiciones sean conocidas y se tengan en cuenta por parte de los profesionales sanitarios puesto que muchas de estas mujeres con trastornos psicológicos no son diagnosticadas y en consecuencia no reciben el tratamiento necesario durante su atención obstétrica (Andersson et al., 2003, 2004; Vesga -López et al., 2008).

### **3.5 Trastornos psicopatológicos menos prevalentes**

A continuación haremos una breve reseña sobre algunos aspectos destacados de otros trastornos psicopatológicos menos prevalentes pero que también pueden estar presentes en la mujer en el periodo perinatal.

#### **3.5.1 Trastornos de ansiedad**

Actualmente son pocos los estudios que se han realizado sobre el curso de los trastornos de ansiedad en el periodo perinatal. No obstante algunos estudios como el de Buist, Gotman y Yonkers (2011) o el de Heron et al. (2004) sugieren en sus resultados una disminución en la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada y los síntomas de ansiedad durante el curso del embarazo y el periodo de posparto.

Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo, un meta-análisis (Russell, Fawcett y Mazmanian, 2013) mostró en sus resultados un riesgo significativamente mayor para esta patología entre las mujeres embarazadas y en periodo de posparto, que para las mujeres no gestantes.

##### **3.5.1.1 Trastorno de Estrés Postraumático**

Los estudios disponibles hacen mayor hincapié en el periodo posparto y muestran una tasa de prevalencia en esta etapa muy variable, dependiendo de determinados factores. Por ejemplo, Ayers (2004) mostró que entre las mujeres con un nivel socioeconómico alto la prevalencia era entre el 1-2%. Mientras que en las mujeres de zonas más desfavorecidas con un nivel socioeconómico bajo la prevalencia era mayor. A los mismos resultados llegan Adewuya, Ologun y Ibigbami (2006) en su estudio con población de mujeres de Nigeria, en las que la tasa de prevalencia era entre 5-9%.

Se ha visto que en la mayoría de los estudios sobre el TEPT en el periodo perinatal, solo se tienen en cuenta los sucesos traumáticos relacionados con el parto traumático, lo que puede hacer que se subestimen los datos de prevalencia. En los

trabajos en los que sí se incluye mayor diversidad de experiencias traumáticas, se observan tasas más altas de prevalencia (6-8%) (p.ej, Seng et al., 2010). Además, estos autores también informaron sobre la alta comorbilidad con la depresión.

### **3.5.2 Trastornos de la conducta alimentaria**

Algunos estudios sugieren que las mujeres que han sufrido episodios recientes de algún trastorno de la conducta alimentaria pueden experimentar síntomas persistentes durante el embarazo (Micali, Treasure y Simonoff, 2007). Estudios como el de Knoph et al. (2013) muestran que una proporción importante de mujeres con trastornos alimentarios antes del embarazo, siguen presentando síntomas o presentan síntomas recurrentes en el posparto.

Sin embargo, trabajos como el de Bulik et al. (2007) aportan datos de remisión importantes durante el embarazo. En este estudio prospectivo realizado con 41157 mujeres en Noruega, la tasa de remisión fue de entre 29% y el 78% dependiendo del tipo de trastorno alimentario. También se observó que los trastornos por atracón presentaban una mayor incidencia, además se han asociado a factores sociodemográficos como un nivel socioeconómico bajo. Otro estudio realizado con población de mujeres brasileñas, demostró una prevalencia del Trastorno por atracón durante el embarazo de 17.3% (IC del 95% 14.5-20.0) y una prevalencia de los trastornos alimentarios 0.6% (IC del 95%, 0.01-1.11). Los resultados demostraron que el trastorno por atracón durante el embarazo se asociaba significativamente con el trastorno por atracón antes del embarazo (ratio de prevalencia (RP)= 3.1; IC del 95%: 2.2-4.3) y con los síntomas de ansiedad actuales (RP = 1.8; IC del 95% 1.3-2.4) (Soares et al., 2009).

Es importante añadir que el riesgo de DPP parece aumentar en aquellas mujeres con trastornos de alimentación en comparación con las mujeres que presentan antecedentes de un trastorno de alimentación pero sin síntomas activos (Micali, Simonoff y Treasure, 2011).

### **3.5.3 Trastornos de personalidad**

Actualmente no existen muchos estudios sobre la prevalencia de los trastornos de personalidad en el embarazo. En un estudio llevado a cabo en Suecia, se informó de datos de prevalencia del 6% pero los datos reportados no eran específicos o exclusivos

de los trastornos de personalidad (Börjesson, Ruppert y Bågedahl-Strindlund, 2005). Algunos trabajos han demostrado que en el periodo perinatal es habitual la comorbilidad de los trastornos de personalidad con trastornos no psicóticos, como la depresión, además la evidencia sugiere que se asocian con un riesgo mayor de resultados adversos y una mala respuesta al tratamiento (Börjesson et al., 2005).

## 4 Factores de riesgo de la depresión prenatal

La OMS establece que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2002).

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionado con la familia, social, económico e incluso ambiental. En general, es la suma del efecto de diversos factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición en cuanto a su salud mental óptima, a experimentar una mayor vulnerabilidad, que puede dar lugar a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas sus características (OMS, 2004).

Hoy sabemos que durante el periodo prenatal la mujer no solo experimenta modificaciones a nivel fisiológico, también otras esferas de la vida como, las relaciones familiares, el ámbito laboral o las condiciones económicas pueden precisar un proceso de adaptación en esta nueva etapa, lo que a su vez se considera muy importante puesto que estos factores parecen estar asociados a la aparición de algunas alteraciones psicológicas (Guardino y Dunker-Schetter, 2014).

Hasta hace relativamente poco tiempo, la investigación relacionada con los factores de riesgo para la psicopatología perinatal estaba centrada principalmente en el periodo de posparto. Desde años atrás, se han ido publicando diversos meta-análisis sobre los factores de riesgo para la DPP (Beck, 1996; Beck, 2001; O'Hara y Swain, 1996; Robertson et al., 2004) sin embargo, apenas se ha dedicado atención al estudio de los factores de riesgo en el periodo prenatal.

Existen numerosas razones por las cuales la salud mental de las mujeres en el periodo prenatal ha recibido a lo largo de los años una menor atención por parte de la investigación científica en comparación con el periodo de posparto. En primer lugar, existe una tendencia general a prestar mayor atención a la salud y bienestar físico tanto en la madre como en el feto durante la gestación, relegando a un segundo plano los posibles problemas emocionales y a la vez, atribuyendo muchas veces de manera errónea los problemas psicológicos a las alteraciones físicas y hormonales propias del embarazo (Bowen y Muhajarine, 2006). Es cierto que en ocasiones, estas mujeres pueden presentar síntomas que son atípicos en la depresión y quejas somáticas

inespecíficas (Posternak y Zimmerman, 2001) como, cambios en el apetito y sueño, fatiga o pérdida de energía, en lugar de un estado de ánimo deprimido, lo cual puede dificultar la distinción entre los síntomas normales propios del embarazo y las quejas somáticas que tal vez estén relacionadas con la depresión o la ansiedad (Lee et al., 2007; Marchesi, Bertoni y Maggini, 2009).

Por otra parte existe una idea equivocada de que las mujeres pueden gozar de cierta protección frente a los trastornos psicológicos durante el embarazo, gracias a los niveles hormonales propios de este periodo (Bennett et al., 2004b). A esto cabe añadir, que en ocasiones parece que las mujeres son reticentes a compartir los síntomas de tristeza e irritabilidad debido al estigma asociado con la depresión y a la discrepancia existente entre la expectativa de las propias mujeres a sentir alegría durante el embarazo y la realidad de sus emociones (Marcus, 2009).

No obstante, es importante destacar que ya en décadas anteriores, autores como O'Hara (1986) sugerían que los factores asociados con la depresión en el periodo prenatal, difieren de los predictores de la DPP. En este sentido, podemos destacar los resultados de algunos trabajos anteriores como, Gotlib, Whiffen, Mount, Milne y Cordy (1989), estos autores reportaron en una muestra total de 360 participantes, que las mujeres embarazadas con depresión eran significativamente más jóvenes, con menor nivel de educación y mayor número de hijos (todos los valores de  $p < .05$ ) en comparación con las mujeres no deprimidas del estudio. Rich-Edwards et al. (2006) realizaron un estudio de cohorte en EE.UU con una muestra de cerca de 1600 mujeres embarazadas, los autores encontraron que los predictores más robustos de los síntomas depresivos prenatales eran: los antecedentes de depresión (Odds Ratio (OR) = 4.07) y la edad joven de la madre (OR = 2.71), teniendo en cuenta que, este último predictor se asocia en gran parte, con dificultades económicas, el embarazo no deseado y la falta de una pareja.

En los años siguientes Leigh y Milgrom (2008) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 367 mujeres, en el que el objetivo era demostrar la existencia de factores de riesgo asociados a la depresión perinatal y el estrés de los padres y, además, dilucidar si algunos de los factores de riesgo previamente identificados eran predictivos de los resultados de tres medidas: la depresión prenatal, la depresión posparto y al estrés de los padres y al mismo tiempo examinar la relación entre ellos. Los resultados mostraron que la depresión prenatal se predijo de manera significativa a partir de un conjunto de variables ( $F(12, 361) = 101.79, p < .001$ ). Siete fueron los factores de riesgo que surgieron a partir del modelo como predictores significativos: baja autoestima, ansiedad prenatal,



antecedentes de abusos en la infancia, bajo apoyo social, estilos cognitivos negativos, los acontecimientos importantes de la vida y bajo nivel económico. Los últimos cuatro factores fueron predictores de depresión prenatal en el segundo trimestre del embarazo. Los resultados mostraron las mayores puntuaciones en baja autoestima ( $\beta = -0.34, p < .001$ ), la ansiedad prenatal ( $\beta = 0.32, p < .001$ ) y el apoyo social ( $\beta = -0.18, p < .001$ ). Es importante destacar que en este estudio las variables predictoras significativas en los análisis de regresión explicaron el 78% de la varianza en la depresión prenatal.

Otro ejemplo lo encontramos en el trabajo de Bunevicius et al. (2009), estos autores llevaron a cabo un estudio de cohorte en una muestra de 230 mujeres lituanas para evaluar la prevalencia del trastorno depresivo prenatal en los diferentes trimestres. El estudio indicó que factores como el embarazo no deseado y no planificado ( $OR = 6.07-15.35$ ) y puntuaciones altas en neuroticismo ( $OR = 3.89-7.73$ ) eran determinantes independientes de los trastornos depresivos prenatales durante todo el embarazo. Sin embargo, otros, como la historia previa de depresión (primer trimestre  $OR = 6.28$ ), un bajo nivel educativo (primer trimestre  $OR = 3.68$ ), y los factores estresantes psicosociales (tercer trimestre  $OR = 5.23$ ), fueron específicos de cada trimestre.

En resumen, en los últimos años, los investigadores han apostado por el estudio de las condiciones de riesgo para la depresión prenatal y han identificado numerosos factores psicológicos, sociales, económicos, demográficos, de salud y de la conducta materna que tienen asociaciones con la depresión prenatal (Biaggi Conroy, Pawlby y Pariante, 2016; Koleva, Stuart, O'Hara y Bowman-Reif, 2011; Lancaster et al., 2010; Lau y Keung, 2007; Witt et al., 2010). Es fundamental tener en cuenta que según varios estudios recientes, la depresión prenatal es potencialmente modificable, especialmente cuando se logra identificar al principio del embarazo (Choate y Gintner 2011; Field, 2010a; Mitchell et al., 2012; Stewart, 2011; Wilen y Mounts, 2006) por ello, es especialmente importante invertir recursos en acumular mayor conocimiento de aquellos factores considerados de riesgo, que pueden propiciar la aparición de trastornos emocionales como la depresión en las mujeres vulnerables. Identificar el perfil sociodemográfico, junto a la valoración de otros factores psicosociales y psicopatológicos de las mujeres durante su embarazo, podría jugar un papel fundamental en la prevención de problemas emocionales. Asimismo, la puesta en marcha de intervenciones que incluyan la evaluación y la detección precoz de los factores de riesgo, podría traducirse en la aplicación de esas medidas preventivas precisas que ayudarían a evitar la aparición de trastornos más graves y a su vez podrían potenciar algunos de los factores de protección implicados.

En el segundo capítulo, hemos procurado dejar constancia sobre la importancia de los aspectos biológicos más destacados, los cambios o alteraciones fisiológicas que experimenta la mujer embarazada y como pueden influir en la aparición de ciertos problemas emocionales. En cambio, a lo largo del presente capítulo, centraremos nuestra atención en aquellos aspectos de carácter psicosocial que la evidencia demuestra que pueden estar relacionados con la aparición de alteraciones del estado de ánimo, en las mujeres que se encuentran en periodo prenatal.

Como veremos a continuación existe una gran cantidad de estudios que sugieren que las mujeres embarazadas pueden ser particularmente vulnerables a los efectos perjudiciales de los estresores ambientales sobre su salud mental (Bennett et al., 2004b; Gaynes et al., 2005; Rubertsson, Hellström, Cross y Sydsjö, 2014). Sin embargo algunos de los estudios que más adelante se nombraran, muestran ciertas discrepancias en sus resultados (Bunevicius et al., 2009; Dayan et al., 2010; Koleva et al., 2011; Larsson, Sydsjö y Josefsson, 2004; Le Strat, Dubertret y Le Foll, 2011; Marcus, Flynn, Blow y Barry, 2003; Melville et al., 2010; Pajulo Savonlahti, Sourander, Helenius y Piha, 2001; Redshaw y Henderson, 2013; Rubertsson et al., 2014). Autores como Bales et al. (2015) refieren que en la mayoría de las ocasiones estas discrepancias son debidas a limitaciones metodológicas como, disponer de tamaños muestrales pequeños, sesgos a la hora de elegir la población de mujeres por ejemplo en cuanto a su nivel socioeconómico y también la falta de ajuste por factores de confusión, especialmente para las características obstétricas del embarazo.

A continuación, se nombraran con mayor detalle los factores de riesgo psicosocial que según la diversa literatura científica consultada, son considerados más importantes.

#### **4.1 Antecedentes psicopatológicos**

La historia biográfica respecto a los antecedentes psicopatológicos, es una de las variables más importantes a tener en cuenta en cualquier ámbito de la atención sanitaria. También en el periodo prenatal la información disponible sobre la historia previa de trastornos como la depresión en la mujer ha sido uno de los factores más estudiados en los últimos años.

Diversos estudios (Chee et al., 2005; Dudas et al., 2012; Felice et al., 2004; Jeong et al., 2013; Kim et al., 2006; Marcus et al., 2003; Rich-Edwards et al., 2006) han hallado a lo largo de los años, resultados significativos con respecto a este factor como

condición de riesgo, por ejemplo, Marcus et al. (2003) mostraron que al menos la mitad de las mujeres con depresión durante el embarazo tenía una historia de TDM previo. Por otra parte, Andersson et al. (2006) mostraron que las mujeres que no presentaban historia de trastorno psiquiátrico tenían una mayor probabilidad de recuperación de la ansiedad y la depresión prenatal después del parto.

Uno de los estudios que cabe mencionar en este punto por sus notables aportaciones y del que haremos mención a lo largo del presente capítulo, es el llevado a cabo por Lancaster et al. (2010). El propósito de este estudio fue evaluar los factores de riesgo de síntomas depresivos en el periodo prenatal, que podrían ser evaluados en el contexto de atención obstétrica habitual que reciben las mujeres gestantes. Un total de 57 estudios fueron los incluidos en la revisión de los autores, consiguiendo demostrar varias correlaciones consistentes entre algunos factores y un mayor riesgo de síntomas depresivos durante el embarazo.

Así pues, respecto a los antecedentes psicopatológicos, Lancaster et al. (2010) informan sobre la relación entre una historia de depresión previa y los síntomas depresivos prenatales. Los resultados en el análisis bivariante mostraron que, dicha condición presentaba asociaciones significativas con un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en las mujeres antes del parto.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que algunos estudios muestran resultados controvertidos, por ejemplo, Räisänen et al. (2014) llevaron a cabo un estudio transversal de gran envergadura basado en una población de 511938 mujeres finlandesas. Su objetivo era identificar los factores de riesgo y las posibles consecuencias y afectos adversos perinatales asociados al diagnóstico médico de depresión mayor durante el embarazo. Los resultados mostraron que del total de las mujeres participantes, solo el 0.8% (n=4120) presentó depresión mayor durante el embarazo. De todas estas más de la mitad (53.1%) no tenía antecedentes de depresión antes del embarazo. Esto puede indicar según los autores, que puede ser habitual que el primer episodio de depresión ocurra durante el embarazo. No obstante, a pesar de estos resultados los autores insisten que en sus resultados, la historia de depresión previa fue uno de los factores de riesgo que con mayor fuerza se asociaron a la depresión mayor prenatal (Odds Ratio Ajustada (ORA)= 22.36, IC95%: 20.86 - 23.98). Este factor mostró un aumento de 22.4 veces la prevalencia de depresión mayor prenatal.

Couto et al. (2016) llevaron a cabo un estudio con 148 mujeres brasileñas de bajo nivel socioeconómico con el objetivo de estudiar la prevalencia de la depresión prenatal en esta población y los posibles factores de riesgo relacionados. Las mujeres

participantes fueron evaluadas en su segundo y tercer trimestre de embarazo, mediante la versión validada para población brasileña de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Santos et al., 2007) y el Inventario de depresión de Beck (BDI; Gorenstein y Andrade, 1996). Además se utilizó la Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus (MINI; Amorim, 2000). De los múltiples resultados obtenidos en este trabajo cabe destacar que en el análisis bivariado los antecedentes de depresión mayor fue uno de los principales factores de riesgo de la depresión prenatal (OR= 11.32, IC95%: 4.80-26.66;  $p<.001$ ). Incluso después de ajustar los análisis por factores de confusión, esta fue una de las pocas variables que se mantuvo como factor de riesgo independiente (OR= 11.12, IC95%: 4.38-28.22;  $p<.001$ ). En este estudio los antecedentes de depresión mayor en la mujer se mostró como la variable de riesgo más importante puesto que aumentaba el riesgo de depresión prenatal más de 10 veces en este periodo.

En este punto cabe añadir los resultados del estudio de revisión sistemática de Biaggi et al. (2016), trabajo de revisión que comentaremos en numerosas ocasiones a lo largo del presente capítulo puesto que es uno de los estudios más recientes y más destacados sobre los principales factores de riesgo psicosociales, obstétricos y ambientales relacionados con el desarrollo de la depresión y la ansiedad prenatal, incluyendo a una amplia población de mujeres pertenecientes a entornos socioeconómicos de bajo, medio y alto desarrollo. Así pues, según la revisión de Biaggi et al. (2016) un gran número de estudios revisados demuestran que la historia previa de ansiedad o depresión y una historia previa de tratamiento psiquiátrico durante embarazos anteriores o en cualquier otro periodo de la vida, es un factor de riesgo para la depresión y ansiedad prenatal bien establecido.

## ***4.2 Importancia de los aspectos sociales y culturales en la salud emocional maternal***

A lo largo de sus vidas, las mujeres atraviesan diferentes etapas en su desarrollo que implican adaptaciones en todas las dimensiones, tanto a nivel biológico, como psicológico, social y cultural. Parece que el embarazo, el parto y la lactancia, son varios de esos momentos de gran cambio en la vida de una mujer, en los que la sexualidad, las variaciones físicas y las adaptaciones psicológicas ocupan un lugar importante y, todo ello sucede circunscrito a un contexto sociocultural concreto, en el que la mujer está en constante interacción.

El contexto socio-cultural en el cual se encuentra inmersa cada mujer durante el desarrollo de su embarazo, presenta unas características determinadas que cumplen un rol fundamental y puede influir enormemente en su salud mental durante todo el periodo prenatal. El comportamiento reproductivo del ser humano se desarrolla de forma muy diversa en las diferentes culturas y sociedades. Cada cultura posee unos conocimientos y creencias implícitas establecidas sobre cuáles son las conductas a llevar a cabo más apropiadas en todas las etapas de la transición a la maternidad (Martorell, Comelles y Bernal, 2009). Las creencias y expectativas de las futuras madres, suelen acomodarse a las ideas que imperan en la sociedad en la que se encuentran inmersas y están en la mayoría de las ocasiones, condicionadas por estas. Por tanto, cada mujer se enfrentará de forma diferente a los cambios propios del embarazo dependiendo de multitud de variables que pueden influir como, las características de personalidad, la educación, las experiencias anteriores o el contexto sociocultural.

En los primeros estudios antropológicos que se realizaron, se apoyaba la teoría de que la enfermedad mental en el periodo perinatal podía estar vinculada específicamente a la cultura de los países industrializados (Wile y Arechiga, 1999), puesto que las mujeres de los países en vías de desarrollo o de características más rurales, en los que la red familiar se mostraba fuerte, no presentaban síntomas descritos como DPP (Stern y Kruckman, 1989). Shimuzu y Kaplan (1987) encontraron en su estudio, características equivalentes de DPP entre las madres de EE.UU y las de Japón, sin embargo también éstas presentaban diferencias significativas en algunos factores que pueden contribuir a la depresión como es el concepto de rol. Actualmente sabemos que existen diferencias en las prácticas de transición a la maternidad entre las culturas, estudios como Abdou et al. (2010) que comentaremos más adelante, sugieren que la orientación cultural de la mujer, podría tener un impacto en el ajuste al nuevo rol que supone convertirse en madre, destacando que las características culturales referidas a la maternidad podrían tener importantes implicaciones en la salud emocional prenatal y la fisiología de la mujer incluso más allá de sus recursos personales, sociales y económicos. Es evidente pues, que la identidad etnocultural puede ser un factor importante en temas de salud mental durante el embarazo y la crianza.

También otros estudios han demostrado la importancia del contexto cultural como variables fundamentales durante el embarazo, por ejemplo Morling, Kitayama y Miyamoto (2003) exploraron cómo el entorno cultural puede modificar la eficacia de los intentos de afrontamiento activo de las mujeres embarazadas. En su estudio evaluaron a un grupo de 94 mujeres japonesas y a 56 mujeres estadounidenses, respecto a las

estrategias utilizadas en respuesta a las preocupaciones comunes del embarazo tales como: la salud del bebé y su bienestar, la relación con su pareja, su trabajo, el parto y el peso del bebé durante el embarazo. Los resultados mostraron diferencias importantes entre ambas poblaciones, para las mujeres estadounidenses, se observó que una mayor aceptación correlacionaba con menor nivel de estrés a lo largo del tiempo, una mejor atención prenatal, y menor aumento de peso, pero estos resultados diferían sustancialmente de los encontrados en las mujeres japonesas.

La evidencia demuestra que existen multitud de factores que pueden contribuir de modo distinto a la aparición de alteraciones durante el embarazo según las características etnoculturales de la mujer. Por ejemplo, Gurung et al. (2005) evaluaron a una muestra de 453 mujeres embarazadas de origen afroamericano, americanas de origen europeo y mujeres latinas. Las evaluaciones se llevaron a cabo en tres intervalos durante el embarazo (18-20 semanas, 28-30 semanas y 35-36 semanas). Los resultados indicaron que la ansiedad prenatal fue mayor entre las mujeres que presentaban bajas puntuaciones en dominio, que tenían menos actitudes positivas hacia el embarazo, y que experimentaron un mayor número de eventos estresantes de la vida durante el embarazo. Además, el análisis longitudinal reveló que las mujeres que tenían actitudes menos favorables hacia sus embarazos, y que tenían menor nivel en el dominio, referían un incremento en la ansiedad prenatal desde etapas tempranas hasta el final del embarazo. Lo más destacado fue, que en los análisis independientes para cada grupo étnico, se demostró que los predictores de ansiedad prenatal variaban según la etnia de procedencia de las mujeres. Mientras el nivel de ingresos predijo los niveles de ansiedad de las mujeres americanas de origen europeo, la actitud hacia el embarazo y los eventos de la vida estresantes eran predictores de la ansiedad prenatal para las mujeres afroamericanas; y el dominio, el apoyo del padre del futuro bebé y los sucesos vitales estresantes fueron predictores de ansiedad para la mujer latina.

En otro estudio sobre las diferencias entre grupos culturales, realizado en Hawaii (Goebert, Morland, Frattarelli, Onoye y Matsu, 2007) se evaluaron 84 mujeres embarazadas, 39 de origen asiático, 21 caucásicas y 24 nativas de Hawaii. Fueron entrevistadas en su visita prenatal inicial sobre el consumo de sustancias y los síntomas de depresión y ansiedad. Las evaluaciones se realizaron en los tres trimestres de embarazo y el posparto utilizando como herramientas de autoinforme el Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1983). Los resultados respecto a la prevalencia mostraron que el 61% de las mujeres, presentaban al menos un problema de salud

mental. El 35% del total de mujeres presentaba criterios para al menos un probable trastorno (dependencia al alcohol, depresión y/o ansiedad). Las puntuaciones en depresión se correlacionaron significativamente con las puntuaciones de ansiedad y de consumo de alcohol. Las puntuaciones de ansiedad también se correlacionaron significativamente con las referidas al tabaquismo y el consumo de alcohol, a pesar de que las tasas de prevalencia basadas en los resultados del screening, fueron diferentes en la mayoría de los factores, en los tres grupos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos étnicos en cuanto a los problemas de salud mental o de dependencia del alcohol, la depresión y la ansiedad. Las mujeres nativas de Hawai, presentaban significativamente mayor consumo de cigarrillos durante el embarazo, en comparación con las mujeres asiáticas y caucásicas, además fueron significativamente más propensas a abstenerse de consumir alcohol durante el embarazo, en comparación con las mujeres asiáticas y caucásicas (Goebert et al., 2007).

Por otra parte, Abdou et al. (2010) llevaron a cabo el primer estudio en el que se comparó la influencia de la pertenencia a una etnia determinada, el nivel socioeconómico y un factor relacionado con el valor cultural de la familia y su interdependencia (al que llamaron “*communalism*”) con la salud emocional materna prenatal y algunos parámetros fisiológicos (presión arterial). El estudio se realizó en una muestra de cerca de 300 mujeres embarazadas afroamericanas y mujeres americanas europeas. En los resultados se observó que las mujeres afroamericanas y las mujeres con un nivel socioeconómico bajo, tenían niveles más altos de afecto negativo, estrés y niveles más elevados de presión arterial, pero estas diferencias étnicas y socioeconómicas no se observaron entre las mujeres con puntuaciones altas en el factor “*communalism*”. Los resultados mostraron que el factor “*communalism*”, fue un predictor más robusto de la salud emocional durante el embarazo que otras variables como el origen étnico o el nivel socioeconómico. Los autores concluyen que estos hallazgos podrían sugerir que el afecto y apoyo de la familia a la mujer embarazada en su orientación cultural, podría reportar beneficios al bienestar emocional y fisiológico más allá de sus vínculos con otros recursos personales y sociales.

Como podemos ver los estudios muestran resultados muy diversos y no todos van en la misma dirección. En la revisión de Lancaster et al. (2010), los autores refieren que los estudios revisados sobre la relación entre la pertenencia a una etnia cultural determinada y la depresión prenatal se mostraron inconsistentes.

Por su parte, Biaggi et al. (2016) refieren que la pertenencia a un grupo étnico minoritario, es otro posible factor de riesgo destacado por algunos estudios, pero

advierten que no todos los trabajos revisados van en la misma dirección. Por un lado, los autores refieren que varios estudios (p.ej, Fellenzer y Cibula, 2014; Shakeel et al., 2015; Verreault et al., 2014) indican que la prevalencia de la depresión prenatal parece ser mayor en las mujeres de etnia negra, latinas y asiáticas en comparación con las madres de etnia caucásica. Por ejemplo, Fellenzer y Cibula (2014) llevaron a cabo un trabajo, de gran envergadura en el que se utilizaron los datos de mujeres (N = 19219) registradas en el *Statewide Perinatal Data System* de Nueva York. Se realizaron análisis de regresión multinomial univariado y multivariado para identificar los factores que se asociaban de forma independiente con los síntomas de la depresión prenatal. Entre sus diversos hallazgos estos autores mostraron que las mujeres de etnia hispana y negra (comparadas con las mujeres de etnia caucásica) presentaban mayor nivel de síntomas depresivos prenatales. Sin embargo, de modo contradictorio, otros estudios (Canady, Bullen, Holzman, Broman y Tian, 2008; Jesse, Walcott-McQuigg, Mariella y Swanson, 2005; Marcus et al., 2003) no han mostrado ninguna diferencia significativa. Además de estos hallazgos es importante destacar los resultados de dos de los estudios revisados por Biaggi et al. (2016) puesto que muestran resultados opuestos.

Por ejemplo, Shen, Lin y Jackson (2010) realizaron un estudio transversal con casi 900 mujeres embarazadas. Su objetivo era evaluar el nivel de depresión en relación al origen étnico entre otras variables (tipo de seguro de salud, nivel de ingresos y otras características del hospital donde fueron reclutadas). Los resultados mostraron que en comparación con las mujeres de etnia caucásica, las mujeres afroamericanas eran mucho menos propensas a presentar depresión (OR= 0.43, IC95%: 0.39-0.47) al igual que las mujeres hispanas (OR= 0.27, IC 95%: 0.25-0.29) y las mujeres de otras razas (OR= 0.26, IC 95%: 0.23-0.30). Los autores concluyeron que en contra de lo que cabía esperar inicialmente, las mujeres de las minorías étnicas tenían menor riesgo de depresión en comparación con las mujeres de etnia caucásica.

En otro estudio (Edge, 2007) se evaluó a un grupo de mujeres de etnia negra de origen caribeño, que a pesar de pertenecer a un grupo étnico minoritario, vivir en zonas con recursos más limitados, tener mayor probabilidad de ser madre soltera y recibir menos apoyo de sus parejas, no mostraron niveles más altos de depresión durante el embarazo y el puerperio, y no recibieron más tratamiento para la depresión perinatal, en comparación con las madres británicas de etnia caucásica evaluadas en este mismo estudio. El autor refiere que es posible que los factores de riesgo sociales tengan un impacto diferente sobre la salud mental de las mujeres de etnia negra del Caribe respecto a las mujeres de etnia caucásica, por la prolongada y repetida exposición a la



adversidad a la que se ven sometidas, lo que podría haberles proporcionado una mayor capacidad de recuperación y habilidades para manejar los trastornos psicológicos (Edge, 2007).

Tal y como se puede observar, existe gran diversidad de resultados, por lo tanto es difícil afirmar que ser parte de un grupo étnico minoritario es un factor de riesgo independiente en la relación con los síntomas depresivos (Biaggi et al., 2016). Es importante tener en cuenta que el valor como factor de riesgo para la pertenencia a grupos étnicos minoritarios encontrado en algunos estudio puede ser el resultado de una mayor prevalencia de otros factores de riesgo, por ejemplo Rich-Edwards et al. (2006), encontraron que la mayor prevalencia de depresión entre las madres de etnia negra e hispana se explicaba principalmente por otros factores, en este caso por un menor nivel económico y dificultades financieras. Son muchas las razones que se atribuyen a las diferencias étnicas como factor de riesgo, estudios como Prady et al. (2013) añaden que el motivo por el que pertenecer a determinadas minorías étnicas supone un factor de riesgo para la depresión prenatal, es el elevado nivel de estrés al que se ven sometidas estas mujeres debido a la discriminación. Aunque, como hemos visto no todos los estudios (Edge, 2007; Shen et al., 2010) van en la misma dirección.

A pesar de la pluralidad en los hallazgos, existe suficiente investigación para considerar las variables generales de cultura y etnia como factores influyentes en el estado anímico de la mujer durante el trascurso del embarazo y la maternidad. Así pues, podría resultar conveniente tener en cuenta el entorno social y cultural en la evaluación de cada mujer para realizar de este modo una valoración específica e integral de su estado emocional durante el periodo perinatal.

### **4.3 Factores sociodemográficos**

#### **4.3.1 Nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico es uno de los factores de riesgo de carácter sociodemográfico, más estudiado en las investigaciones de la mayoría de las disciplinas científicas que atañen a poblaciones de grupos humanos. Se trata de una variable característica poblacional, que puede ayudar a discernir el potencial de recursos de las personas y que como veremos, puede estar asociado a diversos factores relacionados con la salud mental. La evidencia disponible respecto a las relaciones del nivel

socioeconómico con los síntomas depresivos de la mujer embarazada muestra resultados muy diversos.

Lancaster et al. (2010) concluyen, entre varias razones, que tal y como demostraron estudios anteriores como Seguin, Potvin, Denis y Loiselle (1995), es posible que el nivel socioeconómico no muestre fuertes asociaciones con la sintomatología depresiva prenatal por la posible influencia de ciertos mediadores que explican este fenómeno, como el estrés crónico al que pueden estar sometidas algunas mujeres. Finalmente, los autores apuntan que a pesar de que en su revisión no se muestran asociaciones directas, el nivel socioeconómico podría moderar la relación con otros factores de riesgo y la depresión prenatal.

Otro de los trabajos más recientes que presenta resultados interesantes al respecto es el de Bales et al. (2015), estos autores llevaron a cabo un estudio en una gran cohorte de mujeres (N=15143) de hospitales públicos y privados de Francia, que participaron en el *Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance* (ELFE). Uno de sus objetivos principales fue identificar las características ambientales y las características obstétricas asociadas de modo independiente con las alteraciones psicológicas en el periodo prenatal. Del total de muestra de mujeres incluidas en el estudio, el 12.6% (n=1872) presentaron distrés psicológico prenatal. Entre sus diversos resultados los autores encontraron que presentar un nivel socioeconómico muy bajo, era uno de los principales factores ambientales asociados de forma independiente con el distrés psicológico prenatal. De manera congruente a estos resultados el estudio de Nagandla et al. (2016) ha demostrado entre sus diversos resultados que un nivel socioeconómico bajo está asociado con la depresión, la ansiedad y el estrés prenatal ( $p<.02$ ).

Para facilitar su valoración los análisis del nivel socioeconómico se pueden realizar sobre tres componentes básicos: el nivel de ingresos económicos, el nivel educativo y el empleo.

#### **4.3.1.1 Nivel económico**

En su trabajo de revisión Lancaster et al. (2010) enumeran varios estudios, pero no encontraron asociaciones significativas entre el nivel socioeconómico y los síntomas depresivos en los análisis bivariados y multivariados (p.ej, Larsson et al., 2004; Zerkowicz et al., 2004). No obstante, atendiendo a los análisis en cuanto a los tres componentes del nivel socioeconómico, Lancaster et al. (2010) encontraron que el nivel económico

presentaba una correlación de pequeño tamaño, con los síntomas depresivos prenatales, en los análisis bivariados.

Por otra parte, estudios más recientes presentan resultados diferentes, Koleva et al. (2011) realizaron un estudio con una muestra de más de 5000 mujeres embarazadas con el fin de investigar, entre otras cuestiones, la asociación entre los factores demográficos y la historia de resultados obstétricos negativos anteriores, con las puntuaciones en depresión. Utilizaron en sus mediciones el cuestionario Inventario de depresión de Beck (BDI-I; Beck et al., 1961) y un cuestionario demográfico. El análisis estadístico de las asociaciones entre las puntuaciones de depresión y los factores demográficos reveló muchas correlaciones significativas, la mayoría de las cuales eran bastante débiles, siendo la más alta, la correspondiente al nivel de ingresos económicos ( $r > 0.3$ ) y el empleo ( $F=32.37$ ). Sin embargo, cuando todos estos factores se incluyeron como variables independientes en un análisis de regresión, la mayoría, pero no todos ellos, permanecieron como predictores estadísticamente significativos de gravedad de los síntomas depresivos. Estos fueron (en orden descendente de fuerza de asociación) el lugar de atención durante el embarazo, el nivel económico, el estado civil (casadas o viviendo en pareja), la semana de embarazo, la situación laboral, el número de bebés nacidos muertos, el nivel educativo, y el número de abortos involuntarios.

Según la revisión de Biaggi et al. (2016) a pesar de que algunos estudios muestran resultados contrarios, existe suficiente evidencia que determina que un bajo nivel económico y las dificultades financieras son factores de riesgo relevantes para los trastornos emocionales en el periodo prenatal. Casi 20 estudios fueron revisados y 15 de ellos mostraron asociaciones significativas.

#### **4.3.1.2 Nivel educativo**

El nivel educativo de la población de mujeres embarazadas, es otro de los factores sociodemográficos que ha suscitado mayor interés en los últimos años a la hora de estudiar los posibles factores de riesgo de la depresión prenatal.

Lancaster et al. (2010) refieren en su revisión que el bajo nivel educativo, presenta una pequeña asociación con los síntomas depresivos en los resultados de los análisis bivariados, pero no se asoció significativamente en los análisis multivariados. Sin embargo, no todos los estudios van en la misma dirección, como ya hemos apuntado en el apartado anterior en los análisis de regresión del estudio de Koleva et al. (2011) el nivel educativo de las mujeres también mostró una asociación importante con los

síntomas depresivos prenatales. Del mismo modo, Fellenzer y Cibula (2014) en sus resultados respecto al factor nivel socioeconómico, mostraron que las mujeres con un bajo nivel educativo (comparadas con las mujeres universitarias) presentaban niveles más elevados de síntomas depresivos prenatales.

Más recientemente, Biaggi et al. (2016) se suman a estos hallazgos y muestran en su revisión 17 estudios (p.ej, Fellenzer y Cibula, 2014; Lydsdottir et al., 2014) que demuestran que las mujeres con un menor nivel de estudios presentan síntomas de depresión o ansiedad en periodo prenatal. Sin embargo, también debemos tener en cuenta que algunos estudios no encontraron ninguna relación que indicara que el nivel educativo pudiera ser un predictor significativo de la depresión prenatal (p.ej, Agostini et al., 2015; Srinivasan et al., 2015). Incluso algunos estudios demostraron lo contrario, por ejemplo Karmaliani et al. (2009) y Stewart Umar, Tomenson y Creed (2014) mostraron que las mujeres embarazadas con más años de escolarización presentaban mayor probabilidad de experimentar síntomas de depresión y ansiedad.

#### **4.3.1.3 Desempleo**

Respecto al desempleo como factor de riesgo para la depresión, la evidencia disponible no es muy abundante y presenta algunas controversias.

En el estudio de revisión de Lancaster et al. (2010) los autores no encontraron asociaciones significativas con los síntomas depresivos en el análisis bivariado, y la investigación fue inconsistente entre los estudios multivariados. Estudios posteriores como Koleva et al. (2011) han hallado que la situación de desempleo de las mujeres también se asocia de modo importante con los síntomas depresivos prenatales.

En la revisión de Biaggi et al. (2016) se incluyen algunos estudios que muestran que la ansiedad y depresión son más prevalentes entre las mujeres desempleadas o en condición de “amas de casa” comparadas con las mujeres con empleo (Balestrieri et al., 2012; Giardinelli et al., 2012). Por el contrario, algunos de los estudios revisados no encontraron ninguna asociación significativa entre la condición de empleo y la depresión prenatal (p.ej, Agostini et al., 2015; Husain et al., 2011). Los autores destacan que no solo el hecho de disponer o no de empleo es importante como factor de riesgo para la depresión prenatal sino que también las condiciones de ese empleo pueden jugar un papel determinante en el bienestar de la mujer durante el embarazo. Cooklin, Rowe y Fisher (2007) mostraron que condiciones adversas de empleo como, la discriminación o la falta de cumplimiento de derechos fundamentales, están asociados con altos niveles

de depresión. Finalmente Biaggi et al. (2016) añaden, que no solo la condición de desempleo de la mujer sino también de sus parejas parece estar asociado a la aparición de depresión prenatal (Akcal et al., 2014; Husain et al., 2011; Karmaliani et al., 2009; Srinivasan et al., 2015).

Todos los estudios comentados muestran como el nivel socioeconómico puede ser concebido diferenciando entre estos tres factores, por ejemplo, Koleva et al. (2011) como hemos visto no solo demostró la relación entre los factores de riesgo socioeconómicos y la depresión sino que sus análisis revelaron que el desempleo, un menor nivel de ingresos económicos y un menor nivel educativo pueden ser vistos como factores de riesgo independientes el uno del otro para la depresión prenatal, señalando además que en realidad estas variables están altamente correlacionadas (Koleva et al., 2011).

Aunque sería necesario seguir acumulando evidencia acerca del nivel socioeconómico en cuanto a su valor como factor de riesgo, los resultados son indicativos de que el estatus socioeconómico de las mujeres puede jugar un papel clave en su estado emocional durante el transcurso del embarazo, por lo tanto debería ser también un elemento

#### **4.3.2 Edad**

Uno de los factores sociodemográficos más básicos y que ha recibido mayor atención en los estudios relacionados con los problemas psicopatológicos es la edad. No obstante, como veremos a continuación respecto a la depresión y ansiedad prenatal, los resultados muestran cierta ambigüedad.

Inicialmente en el estudio de Lancaster et al. (2010) concluyen que los resultados de los estudios revisados se muestran inconsistentes en cuanto a la edad de la mujer embarazada y el riesgo de depresión prenatal. También otros estudios han mostrado resultados interesantes, en el trabajo de Koleva et al. (2011) que ya hemos comentado con anterioridad, los autores insisten en sus conclusiones, que una edad más joven en la madre, no se podía considerar un predictor significativo para los síntomas depresivos cuando se incluían otros factores demográficos en el modelo predictivo. Estos autores abogan por la posibilidad de que, dado que la edad está altamente correlacionada con el nivel educativo y el nivel económico, es probable que el

efecto de la edad en las puntuaciones de depresión se explique en gran medida por estos dos últimos factores.

Sin embargo, estudios más recientes muestran resultados diferentes, por ejemplo, Fellenzer y Cibula (2014) refieren según sus análisis que las mujeres de edad más avanzada comparadas con las mujeres jóvenes, presentaban un mayor nivel de síntomas depresivos en el periodo prenatal.

Más recientemente Biaggi et al. (2016) muestra en su revisión 13 estudios (p. ej, Martini et al., 2015; Räisänen et al., 2014) que presentan correlaciones significativas entre aquellas mujeres con edad joven y la aparición de depresión o ansiedad durante el embarazo. Estos resultados coinciden con los de otra revisión sistemática reciente (Siegel y Brandon, 2014) en la que los autores concluyen que la investigación disponible sugiere que las adolescentes embarazadas y con niños, presentan un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos que las mujeres adultas embarazadas y en el posparto. Por otra parte, 10 de los estudios revisados por Biaggi et al. (2016) indican que las mujeres con una edad considerada "más mayor" presentan asociaciones positivas con sus puntuaciones en depresión durante el embarazo (p.ej, Fisher et al., 2013; Weobong et al., 2014). Del mismo modo, hasta 10 estudios revisados (p.ej, Ratcliff, Sharapova, Suardi y Borel, 2015; Srinivasan et al., 2015) determinan que no existe asociación entre la edad de la mujer y los síntomas depresivos o la ansiedad durante el embarazo.

#### **4.3.3 Estado civil**

El estado civil es un factor demográfico básico imprescindible en la mayoría de los estudios científicos que estudian poblaciones de personas. También en el estudio de los factores de riesgo de la depresión prenatal se ha prestado atención a esta condición a la hora de establecer asociaciones y los estudios han mostrado variedad en sus resultados.

Atendiendo al estudio de Lancaster et al. (2010) podemos observar que en su revisión no se hallaron asociaciones significativas entre el estado civil de las mujeres y los síntomas depresivos en los análisis bivariados y multivariados. Posteriormente, Koleva et al. (2011) encontraron en sus análisis de regresión que el estado civil, entendido como estar casada o viviendo en pareja, presentaba una asociación importante con los síntomas depresivos prenatales.

Una vez más es importante hacer referencia a los resultados encontrados por Biaggi et al. (2016), en su revisión los autores refieren 14 estudios (p.ej, Brittain et al., 2015; Weobong et al., 2014) que han identificado que existe mayor probabilidad de experimentar sintomatología depresiva durante el embarazo entre aquellas mujeres que no están casadas, son solteras o tienen pareja pero no comparten hogar.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el estado civil como factor de riesgo para la depresión y ansiedad prenatal puede estar condicionado por otros factores de riesgo. Por ejemplo, en el estudio realizado por Bilszta et al. (2008) observaron que las mujeres solteras presentaban mayores niveles de síntomas depresivos durante el embarazo que aquellas que contaban con un adecuado apoyo de las parejas, pero estas diferencias podían ser explicadas por otros factores (historia previa de depresión, problemas emocionales actuales, antecedentes de abuso, problemas cotidianos, la percepción materna del bebé y el nivel económico). Al mismo tiempo observaron que las mujeres solteras presentaban menor nivel de síntomas depresivos, comparadas con las mujeres que a pesar de tener pareja carecían de un adecuado apoyo por parte de la misma.

Además de los estudios que muestran asociaciones, Biaggi et al. (2016) añaden en su trabajo algunos estudios que presentan resultados contrarios, en los que el estado civil de la mujer no se mostró siempre como un predictor significativo de la depresión o ansiedad prenatal (Agostini et al., 2015; Glazier, Elgar, Goel y Holzapfel, 2004; Husain et al., 2012b; Luke et al., 2009; Qiao, Wang, Li y Ablat, 2009).

Finalmente, los autores concluyen que sus hallazgos ponen de relieve la importancia de considerar no solo el estado civil, sino también la calidad de la relación. En este sentido parece que, ser madre soltera es mucho más favorable que tener una relación de pareja difícil en la que la mujer no reciba el apoyo necesario (Biaggi et al., 2016).

#### **4.3.4 Cobertura Sanitaria**

Resulta interesante incluir en este punto el tipo de cobertura sanitaria del que dispone la mujer en el periodo perinatal, como un posible factor de riesgo relacionado con la depresión, puesto que en la mayoría de los estudios realizados en EEUU, la cobertura sanitaria también se examina como un determinante importante en el estado de salud de las personas. Es importante puesto que, en numerosos países hay grupos de

población que poseen una amplia cobertura sanitaria privada, mientras que otro sector de la población solamente tiene cobertura pública, que como ya se conoce, en general resulta bastante limitada.

En la revisión de Lancaster et al. (2010), los autores proponen seis estudios que comparan la cobertura sanitaria en un grupo de mujeres embarazadas con depresión y sin depresión (Cooklin et al., 2007; Holzman et al., 2006; Jesse, 2003; Jesse, Seaver y Wallace, 2003; Jesse et al., 2005; Nicholson et al., 2006). Cinco de estos estudios, comparaban específicamente un grupo de mujeres de EEUU con seguro privado de salud y un grupo de mujeres bajo cobertura pública (Medicaid). Los análisis mostraron que pertenecer a Medicaid estaba asociado significativamente con una mayor probabilidad de aparición de síntomas depresivos en las mujeres embarazadas.

También en el estudio de Fellenzer y Cibula (2014) se observó que aquellas mujeres que tenían una cobertura médica pública con Medicaid (comparadas con mujeres con seguros médicos privados u otro tipo de seguro) presentaban mayor índice de síntomas depresivos en el periodo prenatal.

Del mismo modo, Bales et al. (2015) informó que las mujeres que recibían cobertura médica gratuita, que en el contexto de su población a estudio es un beneficio que se proporciona a las personas con un nivel de ingresos muy bajo (Couverture Maladie Universelle (CMU)), mostraron mayor probabilidad de experimentar trastornos psicológicos durante el embarazo.

La mayoría de estos autores reconocen este elemento como un posible factor de riesgo ya que su población de estudio, se ve sometida a la condición de disponer o no de una cobertura sanitaria privada amplia que dé cobertura a todos los aspectos del cuidado materno-infantil. No obstante, es importante tener en cuenta que en otros países, como ocurre en España, la población dispone de una cobertura sanitaria pública de calidad, que cubre a todos los ciudadanos y bajo las mismas condiciones, por lo tanto se debería disponer de investigación adicional en estos países, que confirmara si el tipo de cobertura sanitaria puede ser considerada un factor de riesgo relacionado con la depresión durante el embarazo.

#### **4.4 Apoyo social**

Con el transcurso de los años, el apoyo social ha sido uno de los conceptos desde el punto de vista de la psicología que ha recibido mayor atención. A pesar de la disponibilidad de multitud de estudios, resulta difícil concretar una definición exacta del



término. Actualmente no existe un consenso sobre la definición de apoyo social, no obstante podemos hacer referencia a algunas definiciones conocidas. Por ejemplo, Thoits (1982) lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Por su parte, Bowling (1991) define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra. Como describen en su trabajo Fachado, Rodríguez y Castro (2013) el apoyo social es un concepto complejo, de características multidimensionales, que puede ser interpretado de muy diversas formas combinando además diferentes aspectos relacionados con vínculos familiares, estado civil, clase social, redes sociales, integración social, o incluso la asistencia a los oficios religiosos.

Desde hace varios años, el apoyo social ha estado recibiendo un importante reconocimiento como factor determinante de salud. Los estudios han demostrado que este factor puede mediar en la prevención de la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social (Rodin, Craven y Littlefield, 1992) y también una mejora de los índices de calidad de vida (Jakobsson y Hallberg, 2002).

Del mismo modo, en los últimos años impera la idea de que el apoyo social es también un factor clave para la salud y el bienestar de la mujer y ha mostrado fuertes asociaciones con la depresión en las mujeres en el periodo perinatal (O'Hara y Swain, 1996; Goodman y Tully, 2009). Algunos estudios han demostrado que las mujeres embarazadas deprimidas tienden a referir índices más elevados de estrés, ansiedad e ira y niveles más bajos de apoyo social que las mujeres no deprimidas (Field, Hernandez-Reif y Diego, 2006; Goodman y Tully, 2009).

En las últimas décadas ha aumentado el interés sobre como interviene el factor apoyo social en la salud mental de la mujer en la etapa prenatal. Algunos estudios aportan ciertos indicios sobre algunos mecanismos en los que el apoyo social puede atenuar el impacto negativo de la depresión. Por ejemplo, hay evidencia de que el apoyo social puede influir en la disminución de la respuesta fisiológica al estrés mediante la supresión de cortisol (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum y Ehlert, 2003).

El embarazo puede ser un momento ideal en la vida de las mujeres para estudiar las relaciones personales y los procesos sociales más ampliamente. El apoyo social puede jugar un papel clave en todo el periodo de adaptación, que supone la llegada de un nuevo miembro a la familia. La mujer necesita compartir sentimientos, pensamientos

y miedos para elaborar con éxito sus nuevas responsabilidades. Generalmente, en la mayoría de contextos socio-culturales humanos, la familia y los amigos participan en la celebración del nacimiento y suponen un apoyo importante para la futura madre. Por todo ello, el embarazo ofrece la oportunidad de estudiar la relación o influencia entre las circunstancias y la calidad de las relaciones sociales y la pareja íntima (si esta participa del proceso de la maternidad) y las posibles alteraciones en el estado de ánimo de la mujer durante la gestación.

El apoyo social es un concepto amplio, que puede incluir diferentes perspectivas, como son el apoyo informativo, el que aporta información y consejo; el apoyo instrumental, que proporciona una ayuda práctica; y el apoyo emocional, que supone la expresión de cariño y estima. Disponer de un adecuado apoyo social tanto instrumental como emocional, proporcionado primeramente por la pareja de la mujer, seguido de la familia y su entorno social, es fundamental para desempeñar la labor de ser madre (Biaggi et al., 2016).

A pesar de que el apoyo social parece estar relacionado con un menor reporte de trastornos psicológicos asociados a las mujeres embarazadas (Glazier et al., 2004) es importante tener en cuenta que, lo que ocurre en muchos de los estudios que valoran el apoyo social, en particular los llevados a cabo durante el embarazo, es que este factor se define como un constructo valorado en términos generales y se mide como uno solo, en lugar de medir los diferentes tipos de apoyo (la red social, la familia, apoyo de la pareja) como dimensiones separadas (Nylen, O'Hara y Engeldinger, 2013). Este matiz es importante en algunos casos puesto que por ejemplo, el apoyo de la pareja parece ser particularmente importante durante el embarazo (Blanchard, Hodgson, Gunn, Jesse y White, 2009).

Por otra parte, muchos estudios sobre el apoyo social han considerado solo la cantidad de apoyo recibido, sin tener en cuenta la calidad del mismo, es decir la satisfacción de las mujeres con el apoyo recibido (Nylen, O'Hara y Engeldinger, 2013).

Muchos son los estudios disponibles acerca de la relación existente entre el apoyo social, en el sentido amplio del concepto y los síntomas depresivos en el periodo prenatal. Por ejemplo, Zachariah (2009) en su trabajo determinó que el apoyo social tuvo notables efectos sobre el bienestar psicológico, en una población de mujeres embarazadas de bajo riesgo y de nivel económico medio-bajo. A su vez, los factores de discriminación más importantes para las complicaciones prenatales fueron, el estado de ansiedad y el apoyo social.

Lancaster et al. (2010) incluyen en su revisión 23 artículos científicos que abordan la relación entre el apoyo social y la aparición de síntomas depresivos durante el embarazo (p. ej., Elsenbruch et al., 2007; Nicholson et al., 2006). Debemos destacar, que en la mayoría de estos estudios, se evaluó el apoyo social en términos de apoyo social global. Sus resultados demuestran una correlación moderada entre la falta de apoyo social y los síntomas depresivos en periodo prenatal. Aunque en el análisis multivariado, el tamaño medio del efecto fue pequeño.

Debemos reconocer que a pesar de disponer de gran cantidad de estudios al respecto, no todos van siempre en la misma dirección. Por ejemplo, Nylen, O'Hara y Engeldinger (2013) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las posibles interacciones entre el apoyo social percibido y la depresión prenatal y su relación con la aparición de algunos efectos adversos en el parto. Se obtuvieron datos completos de 211 mujeres, de todas estas, los resultados mostraron que el 6.2% presentaban criterios para un EDM y el 29.9% cumplían criterios para un EDM anterior. En cuanto a los resultados sobre el apoyo social no se encontraron diferencias entre las mujeres que cumplieron criterios diagnósticos para trastornos psicopatológicos y las que no lo hicieron. Las mujeres deprimidas no fueron significativamente diferentes de las mujeres no deprimidas con respecto a la frecuencia o la suficiencia del apoyo de la pareja. Sin embargo, las mujeres deprimidas sí referían una satisfacción con sus redes de apoyo social significativamente menor, que las mujeres no deprimidas  $t(203) = -2.61, p = .01$ . Los resultados mostraron que las mujeres deprimidas presentaban una tendencia a valorar sus redes de apoyo como más pequeñas que las mujeres no deprimidas  $t(203) = -1.91, p = .057$ .

Del resto de resultados obtenidos en el estudio de Nylen, O'Hara y Engeldinger (2013), debemos tener en cuenta que no se mostraron diferencias significativas entre las mujeres caucásicas y las pertenecientes a grupos étnicos minoritarios con respecto a la frecuencia de apoyo de la pareja o la suficiencia o satisfacción con el apoyo de la red social. Sin embargo, debemos resaltar que los resultados de las mujeres del grupo étnico minoritario mostraron una percepción de sus redes de apoyo social significativamente menor  $t(211) = 3.13, p = .002$ . Además también eran más propensas a estar deprimidas que las mujeres de grupos no minoritarios  $\chi^2(1) = 7.53, p = .03$ . Por otra parte, los análisis de regresión (controlando el factor etnia) mostraron que las mujeres que planifican sus embarazos tenían puntuaciones significativamente mayores en todos los índices de apoyo social, incluyendo el tamaño de la red social de apoyo  $t(203) = -2.35, p < .05$ , la satisfacción con la misma  $t(203) = -3.56, p < .001$ , la frecuencia de apoyo de la

pareja  $t(199) = -2.13, p < .05$ , y la adecuación del apoyo proporcionado por esta  $t(197) = -3.01, p < .01$ .

Cabe añadir que Biaggi et al. (2016) refieren en su trabajo la revisión de 29 estudios en los que se demuestra que tanto la falta de apoyo social, como la falta de apoyo por parte de la pareja, actúan como importantes factores de riesgo para la ansiedad y depresión prenatal (p.ej, Agostini et al., 2015; Bayrampour, McDonald y 2015; Ratcliff et al., 2015). En esta línea cabe sumar los resultados del estudio de Nagandla et al. (2016) puesto que estos autores encontraron una asociación significativa entre trastornos como la depresión, la ansiedad o el estrés prenatal y la falta de apoyo familiar ( $p < .028$ ).

Nylen et al. (2013) sugieren que con la valoración de los aspectos específicos del apoyo (la frecuencia y adecuación del apoyo recibido), se podría observar cómo cada componente puede afectar de forma única en la experiencia del embarazo de la mujer. Es importante tener en cuenta esta disquisición puesto que en determinados tipos de apoyo, como el proporcionado por la pareja, algunos estudios muestran evidencia de que no es necesariamente la prestación de apoyo lo verdaderamente importante en la predicción de la satisfacción marital, sino más bien la percepción por parte de la mujer, de si el apoyo recibido es adecuado, considerando como adecuado la suma entre la preferencia por y la recepción de las conductas de apoyo (Lawrence et al., 2008). Por esta y otras cuestiones que comentaremos a continuación, merece mención especial la influencia del apoyo brindado por la pareja en las en la aparición de las alteraciones del estado emocional prenatal.

#### **4.5 Relación de pareja y ajuste marital**

La investigación ha centrado su estudio en la influencia de las relaciones más cercanas e íntimas de la mujer embarazada, a la hora de tener en cuenta algunos aspectos de su salud mental. Una relación problemática con la pareja, provoca un estrés adicional a la mujer, por lo que es más difícil para ella adaptarse a la maternidad (Marchesi et al., 2009). Sin embargo, la presencia de un pareja comprensiva actúa como un amortiguador en contra de las experiencias difíciles en la transición a la maternidad, protegiendo la salud mental de la mujer (Bilszta et al., 2008).

Desde años atrás, algunos autores apuntan lo importante que puede resultar la pareja y la relación entre ambos miembros de la misma en el desarrollo óptimo de la etapa del embarazo (Hoffman y Hatch, 1996). Por su parte, Chapman, Hobfoll y Ritter

(1997) evaluaron a las parejas de 68 mujeres embarazadas para averiguar su estimación acerca del nivel de estrés de sus mujeres o parejas. Las mujeres que sufrían más eventos estresantes en su vida presentaban mayores puntuaciones en depresión si sus parejas subestimaban sus niveles de estrés. También estudios posteriores han demostrado que el apoyo por parte de la pareja durante el embarazo es particularmente importante para el bienestar de las mujeres (Blanchard et al., 2009; Zerkowicz et al., 2008).

Otros estudios como, Rini, Dunkel-Schetter, Hobel, Glynn y Sandman (2006) informan que la calidad y la cantidad del apoyo proporcionado por las parejas de mujeres embarazadas en periodo prenatal predecía, de forma prospectiva, un menor nivel de ansiedad en la mitad del embarazo y la reducción del nivel de ansiedad y los síntomas depresivos desde el embarazo hasta después del parto. Además, la percepción de la calidad, la intimidad y la igualdad en la relación de pareja de las madres predijo una percepción de apoyo efectivo por parte de la pareja.

En otro estudio se comprobó que el apoyo de la pareja se percibe como más efectivo tanto por parte de las mujeres embarazadas como de sus parejas, cuando las parejas son más hábiles y estaban más motivados a proporcionar apoyo y ser cuidadores (Rini y Dunkel-Schetter, 2010).

En el trabajo de Lancaster et al. (2010), 9 de los 23 estudios sobre el apoyo social analizados abordaron el efecto del apoyo proporcionado por la pareja de la mujer específicamente. Sus resultados demostraron que la falta de apoyo de la pareja, también se asocia significativamente con un mayor riesgo de síntomas depresivos durante el embarazo. De hecho, la falta de apoyo de la pareja mostró una de las asociaciones más fuertes en los análisis bivariado y multivariado, con tamaños del efecto medianos y grandes (Lancaster et al., 2010).

Dada la importancia tan destacada de la influencia de la relación de pareja en el estado emocional durante el embarazo, Lancaster et al. (2010), realizaron un análisis específico de 27 estudios sobre este factor de riesgo (p.ej, Westdahl et al., 2007; Bennett, Culhane, McCollum, Mathew y Elo, 2007). De los 27 estudios 19 abordaron aspectos concretos como la convivencia en pareja, sus resultados demostraron que la no convivencia con la pareja, se asociaba significativamente con un mayor riesgo de síntomas depresivos. Sin embargo, en el análisis multivariado, los resultados fueron inconsistentes. Además, 11 de los estudios evaluaron la calidad de relación con la pareja, los resultados demostraron en los análisis bivariados que, una mejor calidad de la relación con la pareja se asociaba con una menor probabilidad de depresión, pero no se demostró la misma asociación en el análisis multivariado.

Un estudio longitudinal prospectivo realizado posteriormente por Tanner-Stapleton et al. (2012), llevó a cabo una evaluación sobre la relación íntima de 272 mujeres y sus parejas y la relación con los trastornos emocionales de la mujer durante el embarazo y el posparto. En sus resultados encontraron que el apoyo de la pareja y la calidad del mismo durante el embarazo, presentaba asociaciones con los síntomas tanto depresivos como ansiosos, en la mitad del periodo prenatal y en el posparto.

Biaggi et al. (2016) refiere en sus conclusiones que también la falta de apoyo por parte de la pareja ha resultado ser un importante factor de riesgo para la depresión y la ansiedad prenatal. Del mismo modo, estos autores añaden que otros estudios (Lee et al., 2007; Zeng, Cui y Li, 2015) muestran como la percepción del apoyo y la satisfacción con la propia pareja actúan como factores protectores frente a la depresión y ansiedad prenatal, mientras que los problemas o conflictos con la pareja o la insatisfacción o deterioro de la relación han sido identificados como factores destacados en el inicio de la ansiedad o depresión durante el embarazo (Giardinelli et al., 2012; Marchesi et al., 2009; Martini et al., 2015; Nasreen, Kabir, Forsell y Edhborg, 2011; Records y Rice, 2007; Srinivasan et al., 2015; Zelkowitz et al., 2004).

Sin embargo, debemos tener en cuenta que algunos estudios refieren resultados diferentes, como ocurre en el estudio de Nylén et al. (2013) en el que como ya adelantábamos anteriormente, las mujeres deprimidas no se mostraron significativamente diferentes de las mujeres no deprimidas con respecto a su evaluación de la frecuencia o la adecuación del apoyo por parte de la pareja. Nylén et al. (2013) argumentan que estos resultados pueden ser debidos a que las mujeres deprimidas pueden disponer de ciertas características intrapersonales subyacentes, y/o un manejo de los síntomas de depresión que les predisponga a tener un umbral más alto para determinar la suficiencia del apoyo recibido. Estas necesidades de apoyo pueden hacer en última instancia que se agote o se menoscabe la propia red de apoyo de una mujer, lo que a su vez lleve a una percepción baja de la adecuación del apoyo. Esta idea puede resultar especialmente cierta en la relación de pareja (Nylén et al., 2013). En esta línea, otros estudios como el de Rini et al. (2006), sugiere que es verdaderamente difícil identificar a un grupo de mujeres que sufren de depresión o distrés elevado con un alto nivel de satisfacción con el apoyo social recibido. De este modo, Nylén et al. (2013) se reafirman en la idea de que pueden existir particularidades personales o circunstanciales (por ejemplo, pobreza, racismo o atención prenatal inadecuada) en algunos grupos de mujeres deprimidas, que hagan que el apoyo adecuado por parte de la pareja no sea suficiente para paliar los síntomas de depresión.

Otra de las variables analizadas en el ámbito de la relación de la pareja y su influencia en el bienestar psicológico durante el embarazo es el ajuste marital.

El ajuste marital como concepto queda definido en el libro *“La evaluación del ajuste marital”* de Tapia et al. (2009). Según estos autores por ajuste marital se entiende el reporte subjetivo de los miembros de la pareja respecto a compartir intereses, valores, objetivos y puntos de vista y, a las vivencias expresadas sobre el estado de la relación. Estos autores añaden que según (Spanier, 1976) existen cuatro áreas que inciden en el ajuste marital: el consenso, que se relaciona con el grado de acuerdo en la pareja respecto a temas importantes para ésta (manejo del nivel económico, relación con familia de origen, tiempo de ocio, etc.); la cohesión, que indica el grado en el que la pareja se involucra en actividades en común; la satisfacción, término que hace referencia al grado de satisfacción de la pareja en el momento presente, y su grado de compromiso a permanecer en la relación; la expresión de afecto, relacionado con el grado en que la pareja está satisfecha con la expresión de afecto dentro de la relación y con la satisfacción en las relaciones sexuales.

En los últimos años la evidencia ha demostrado que el funcionamiento conyugal o relación de pareja deficiente se asocia con la aparición, el curso e incluso el tratamiento de la depresión (Whisman y Kaiser, 2008). Se ha observado que las relaciones de pareja consideradas estresantes y que generan tensión, la falta de apoyo por parte de la pareja y un afrontamiento deficiente de las situaciones pueden aumentar la probabilidad de depresión (Beach, Sandeen, y O'Leary, 1990).

El periodo perinatal representa un momento particularmente importante para estudiar las asociaciones entre el ajuste marital y la depresión en las mujeres (Whisman, Goodman y Davila, 2011). Como veremos a continuación, es fundamental partir de la idea de que el ajuste marital y los síntomas de depresión se influyen entre sí de un modo bidireccional (Whisman y Uebelacker, 2009). Por una parte, algunos estudios longitudinales han mostrado que un pobre ajuste marital está asociado con el inicio de los síntomas depresivos (Beach, Katz, Kim y Brody, 2003) y también con el comienzo de trastornos depresivos (Overbeek et al., 2006; Whisman y Bruce, 1999) y su evolución. Al mismo tiempo, otros estudios sugieren que la depresión puede contribuir a un mal ajuste de la relación de pareja provocando una sobrecarga (Benazon y Coyne, 2000) y aumentando la tensión en la relación (Davila, Bradbury, Cohan y Tochluk, 1997). Algunos estudios longitudinales, han mostrado evidencia acerca de la asociación entre los síntomas depresivos y la posterior aparición de estrés marital que a su vez está asociada con la aparición de síntomas depresivos posteriores (Davila et al., 1997).

La bibliografía es extensa cuando hablamos del periodo posnatal, existe un gran número de estudios, por ejemplo los estudios de meta-análisis de Beck, (1996, 2001) que han evaluado de modo transversal la asociación entre el ajuste de la relación de pareja y los síntomas de depresión después del parto. Sin embargo, hay pocos trabajos que hayan evaluado dicha asociación de manera prospectiva, no obstante los trabajos disponibles sugieren que un mal funcionamiento en la relación de pareja durante el embarazo se asocia con una mayor probabilidad de DPP, valorado en términos de síntomas depresivos (Hock, Schirtzinger, Lutz y Widaman, 1995; Milgrom et al., 2008) y de diagnóstico de depresión (Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991).

Si nos ceñimos a la etapa prenatal, a pesar de disponer de estudios que demuestran la relación entre el ajuste marital y los síntomas depresivos durante el embarazo (Escribè-Agüir, González-Galarzo, Barona-Vilar y Artazcoz, 2008), hay una carencia evidente de estudios longitudinales prospectivos. No obstante, en los últimos años se han llevado a cabo estudios sobre este tema con resultados interesantes que conviene comentar.

En esta línea, Whisman, Goodman y Davila (2011) diseñaron un estudio con el objetivo de evaluar las asociaciones entre el ajuste marital, los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad durante el embarazo y el puerperio, en una muestra de 113 mujeres con antecedentes de depresión mayor. Las participantes fueron evaluadas mensualmente durante todo el periodo de gestación, desde el momento de su inclusión en el estudio hasta los seis primeros meses después del parto. La evaluación se llevó a cabo con tres instrumentos: la entrevista Structured Clinical Interview for DSM–IV–TR Axis I Disorders, Patient Edition (SCID-I/P; First et al., 2002) y los autoinformes Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1997) y Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier y Filsinger, 1983). Los autores pretendían obtener predicciones bidireccionales, es decir, intentaron predecir cómo los cambios en el ajuste marital están asociados a las modificaciones en los síntomas de depresión y ansiedad y como estos a su vez, repercuten en la relación íntima de la pareja tanto en los momentos de la evaluación, como de modo longitudinal. Los resultados respecto a las asociaciones en el momento de la evaluación mostraron que, el ajuste marital predijo los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad (cuando las mujeres referían bajas puntuaciones en ajuste marital, sus síntomas depresivos y de ansiedad tendían a ser mayores). Sin embargo, cuando el ajuste marital se predice a partir de los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad simultáneamente, solo la ansiedad mostró



asociación con el ajuste marital (cuando los síntomas de ansiedad de las mujeres eran más altos de lo normal, el ajuste conyugal tiende a ser menor).

Respecto a los efectos a largo plazo, cuando se incluyeron los síntomas de depresión y ansiedad en el mismo modelo de predicción del nivel de ajuste marital posterior, solo los síntomas depresivos eran predictivos del ajuste conyugal, mostrando de este modo una relación específica de asociación entre ambas variables. Desde la otra perspectiva, en los análisis longitudinales los resultados mostraron que el ajuste marital se asociaba con los síntomas de ansiedad (un menor nivel de ajuste de la relación íntima se asoció con un mayor nivel de ansiedad posterior). En este sentido los autores sugieren que tal vez, las mujeres con un ajuste marital más bajo refieren preocupaciones sobre si su pareja estará menos predispuesta a brindar el apoyo emocional o instrumental necesario o dejara de proporcionar apoyo durante el periodo perinatal, lo que puede resultar en un mayor nivel de ansiedad en la mujer. Finalmente, los resultados mostraron que, el nivel de ajuste marital no predijo la posterior aparición de síntomas depresivos. Los autores sugieren que es posible que se necesiten periodos de tiempo más largos entre las evaluaciones para observar los efectos del nivel de ajuste conyugal y su relación con la aparición de sintomatología depresiva.

Todos estos resultados, aportan nuevos conocimientos sobre cómo el apoyo social y la relación con la pareja en el contexto de un embarazo, pueden influir en el estado de ánimo de la mujer y además, sustentan la existencia de los beneficios que una relación fuerte y un adecuado apoyo social por parte de la pareja pueden proporcionar a la mujer.

En esta sucesión de factores relacionados con el apoyo social, podemos añadir que también la relación de la mujer con su círculo familiar más cercano, concretamente la relación con sus propios padres e incluso el estilo de crianza recibido pueden ser un condicionante a tener en cuenta, por ello a continuación explicaremos algunos de los resultados que brinda la evidencia al respecto.

#### **4.6 Apego y relación con la propia madre**

Actualmente son pocos los estudios realizados con el objetivo de evaluar la asociación entre el tipo de apego y relación de la mujer embarazada con su propia madre y el desarrollo de depresión prenatal, no obstante, Biaggi et al. (2016) refieren en su revisión que este también puede ser un importante factor de riesgo, ya que algunos estudios así lo han mostrado. Por ejemplo, Grant et al. (2012) demostraron que las

mujeres que referían haber recibido un estilo de crianza en el que se proporcionaban pocos cuidados y un alto nivel de control eran 6 veces más propensas a tener ansiedad durante el embarazo, y presentaban 7 veces más probabilidades de tener DPP. Biaggi et al. (2016) haciendo referencia a los estudios disponibles al respecto (Ammaniti y Trentini, 2009; Lara-Carrasco et al., 2013; Raphael-Leff, 2010) afirman que la ausencia de una adecuada experiencia en el cuidado durante la infancia de la propia mujer, interfiere en su capacidad para hacer frente a los sentimientos de angustia y a las situaciones difíciles relacionadas con su maternidad. Por ejemplo, Jeong et al. (2013) mostraron que las experiencias pasadas relacionadas con el suficiente apoyo emocional por parte de la madre (pero no del padre) de la mujer era un predictor independiente de la depresión prenatal. Esto sugiere que las experiencias positivas internalizadas de la mujer relacionadas con su propia madre pueden ayudar a las mujeres gestantes en el manejo de las emociones negativas durante el embarazo y en la construcción de una relación sana con su futuro hijo/a.

En esta línea también podríamos sumar los resultados de aquellos estudios que evalúan los antecedentes de maltrato o abuso infantil sufridos por la mujer como un posible factor de riesgo para la depresión prenatal, sin embargo consideramos que esta condición, puede ser referida de modo más amplio dentro de los factores de riesgo relacionados con los sucesos de la vida estresantes que se explicarán más adelante.

Finalmente cabe añadir que, sumados todos estos hallazgos ponen de relieve la importancia de evaluar la calidad de las experiencias durante la infancia y la presencia de una historia de abuso en las mujeres embarazadas, ya que estos factores aumentan la probabilidad de que las madres pueden experimentar dificultades en el desarrollo de relaciones emocionales adecuadas con sus bebés, no obstante es fundamental seguir acumulando evidencia al respecto (Biaggi et al., 2016).

#### **4.7 Deseabilidad e intencionalidad del embarazo**

La posible relación entre la vivencia de un embarazo no deseado y no intencionado (planificado) y la aparición de síntomas depresivos en el periodo prenatal puede resultar interesante desde diversos puntos de vista, por supuesto para un mayor conocimiento de los factores relacionados con la salud mental de la mujer, pero también desde el punto de vista socio-sanitario.

La evidencia acumulada presenta un número relativamente pequeño de estudios en los que el embarazo no deseado se ha evaluado como un factor de riesgo

para la depresión prenatal y la mayoría de los resultados han demostrado una relación positiva entre el embarazo no deseado y los síntomas depresivos (Bunevicius et al., 2009; Christensen, Stuart, Perry y Le, 2011; Lancaster et al., 2010; Lee et al., 2007; Mora et al., 2009; Mc Crory y Mc Nally, 2013; Rich-Edwards et al., 2006). Por ejemplo, el estudio de Rich-Edwards et al. (2006), en el que se evaluó a 1600 mujeres embarazadas, los resultados revelaron una asociación entre los síntomas de depresión a mediados del embarazo y el embarazo no deseado (OR= 2.05, IC 95%: 1.12-3.75). Por su parte, Bunevicius et al. (2009) encontraron que los factores, embarazo no deseado y no planificado y una puntuación alta en neuroticismo eran predictores independientes de los trastornos depresivos prenatales durante todo el embarazo, mientras que otros determinantes (bajo nivel de educación, historia previa de depresión, la ocurrencia de factores estresantes psicosociales en el final del embarazo) fueron factores predictores específicos de cada trimestre. Recientemente, un estudio de cohorte realizado por Mc Crory y Mc Nally (2013) en Irlanda a nivel nacional, reveló que el embarazo no deseado se asociaba con un mayor riesgo de depresión prenatal (RR= 1.36, IC 95%: 1.19 - 1.54), y un nivel más elevado de estrés en los padres (RR= 1.27, IC 95%: 1.16 - 1.38).

Cabe destacar que en su revisión, Lancaster et al. (2010) examinaron diversos estudios que demostraron la existencia de una correlación moderada entre el embarazo no deseado y los síntomas depresivos (Leathers y Kelley 2000; Najman, Morrison, Williams, Andersen y Keeping, 1991; Orr y Miller, 1997; Pajulo et al., 2001; Records y Rice, 2007; Rubertsson, Waldenström, y Wickberg, 2003).

Asimismo, resulta interesante hacer mención especial al trabajo de Fellenzer y Cibula (2014) que ya hemos comentado en puntos anteriores, los autores informan de una asociación inversa entre la intencionalidad del embarazo y los síntomas de la depresión prenatal, con un IC del 95%, las estimaciones de ORA en cuanto a los síntomas graves de la depresión prenatal son de 2.6 a 5.1 ( $r = 0.25-0.41$ ) para los embarazos no deseados (entendido como, no deseado en ese momento ni en el futuro) y de 2.0 a 3.5 ( $r = 0.19-0.33$ ) para los embarazos involuntarios (entendidos como, que no se desean en ese momento pero sí en el futuro). El tamaño del efecto, medido mediante la "d" de Cohen entre la no intención de embarazo y los síntomas depresivos severos, iba de moderado a alto. Los autores subrayan estos resultados, porque, tal y como ellos afirman, la depresión prenatal es una condición clínica que se ve afectada por una compleja combinación de múltiples factores biológicos, fisiológicos, psicológicos y ambientales que interactúan y que por lo tanto en la mayoría de las ocasiones se muestran cambiantes.

De un modo congruente con muchos de los estudios que ya hemos comentado anteriormente el trabajo de Bales et al. (2015) suma evidencia acerca de la asociación entre los embarazos no planificados o no deseados están asociados con una deficiente salud mental durante el embarazo. Además en este reciente estudio, se muestran resultados sobre factores relacionados con la regulación emocional de las mujeres en el periodo prenatal, así pues en los resultados hallaron que el distrés psicológico prenatal es más frecuente en mujeres que ante la noticia del embarazo presentan reacciones emocionales negativas (ORA= 2.34, IC 95%: 1.67-3.29) o ambivalentes (ORA=1.99, IC 95%: 1.74-2.28). La reacción emocional y las preocupaciones pueden ser fuente de obstáculos en el mantenimiento de la salud mental materna, en esta línea cabe mencionar que uno de los hallazgos más destacados del trabajo de Räisänen et al. (2014) fue que el segundo factor más importante asociado a la depresión mayor durante el embarazo después de la historia de la depresión fue el miedo al parto, que se asoció con aumento de casi 3 veces la probabilidad de depresión mayor durante el embarazo (ORA= 2.63, IC 95%: 2.39- 2.89).

Finalmente, cabe añadir que en la revisión más reciente de Biaggi et al. (2016) se evaluaron 24 estudios sobre la deseabilidad y el embarazo planeado como factores de riesgo, casi la totalidad de estos estudios (p.ej, Brittain et al., 2015; Redshaw y Henderson, 2013) mostraban datos significativos que indican un aumento del riesgo para el desarrollo de depresión y ansiedad prenatal en las mujeres que viven un embarazo no planeado o no deseado. Otros estudios han mostrado que el embarazo no deseado fue un predictor significativo de depresión en el primer trimestre de embarazo, pero de menor importancia en los periodos sucesivos (Lee et al., 2007; Marchesi et al., 2009). Bayrampour et al. (2015) mostró entre sus hallazgos que uno de los factores que se comportaba como un predictor único de síntomas depresivos crónicos era el embarazo no planeado (AOR= 3.05, IC 95%:1.61-5.79). Solo dos de los estudios revisados no mostraron resultados significativos (Groves, Kagee, Maman, Moodley y Rouse, 2012; Hartley et al., 2011). A la evidencia de Bayrampour et al. (2015) se suma el resultado del estudio de Nagandla et al. (2016) que ya hemos comentado con anterioridad, estos autores también encontraron asociaciones significativas entre el embarazo no planeado y la psicopatología prenatal ( $p<.01$ ).

Toda la evidencia acumulada hasta ahora parece indicar que la intencionalidad (planificación) y deseabilidad del embarazo puede comportarse como un predictor importante de la aparición de sintomatología depresiva en el periodo prenatal.

#### **4.8 Eventos vitales estresantes**

Los eventos vitales estresantes (EVEs) han sido estudiados y evaluados en la investigación sobre el estrés prenatal. En general, pueden ser definidos como, acontecimientos personales o ambientales que requieren grandes cambios o ajustes y representan situaciones o condiciones ambientales potencialmente estresantes (Lobel, 1994).

A la hora de estudiar los EVEs como posibles factores de riesgo, es fundamental prestar atención a algunas cuestiones. En primer lugar, es importante discernir que no todos poseen la misma envergadura y severidad, los acontecimientos de la vida considerados estresantes pueden ser, por un lado, *de carácter cotidiano crónico* (también llamados menores) y según Holm y Holroyd (1992) se trata de demandas estresantes del medio ambiente o contexto, que se dan durante el transcurso de la vida cotidiana, como por ejemplo, los problemas laborales o conflictos familiares. Por otro lado, están los acontecimientos de la vida *de carácter agudo o mayor*, como por ejemplo, la vivencia de un desastre natural. Las experiencias altamente estresantes (la muerte o enfermedad de un familiar, la ruptura de una relación, la pérdida del empleo, una mudanza, haber sido asaltada o violada) pueden hacer desencadenar síntomas depresivos y ansiosos o incluso trastornos relacionados en la mayoría de los individuos (Biaggi et al., 2016). Si cualquiera de estos eventos adversos se experimentan en el periodo perinatal o un periodo cercano, puede hacer que aumente la probabilidad de que madres y padres experimenten dificultades psicológicas o alteraciones en su salud mental (Biaggi et al., 2016).

En segundo lugar, debemos partir de la idea de que los EVEs no se experimentan del mismo modo, ni tienen el mismo significado, para todas las personas. Las variables socio-culturales, la edad, el estado de ánimo, la percepción de estrés de la propia persona y sus habilidades de afrontamiento, pueden modular las repercusiones emocionales de los EVEs. Estas repercusiones, también pueden variar de acuerdo con ciertas predisposiciones psicológicas y psicopatológicas, relacionadas con las diferencias genéticas, las primeras experiencias traumáticas, el apego inseguro y los problemas patológicos relacionados con la personalidad y los aspectos sociales (Martínez, 1988). Teniendo en cuenta estos factores estaríamos hablando, tal y como afirman en su estudio Gaignic-Philippe, Dayan, Chokron, Jacquet y Tordjman (2014), de una respuesta de estrés individual, en la que se debería intentar medir los EVEs según si lo son, o no, para la mujer en particular, en el contexto de su personalidad, su historia biográfica, y su

entorno social y familiar real. Por lo tanto, según estos autores, sería más adecuado hablar en términos de reactividad al estrés individual y no solo en términos de acontecimientos de la vida. Además, de estas variables moderadoras de la reactividad al estrés ya mencionadas, podría ser muy útil examinar de forma simultánea, durante y después del embarazo, los niveles de estrés, ansiedad y depresión para entender mejor sus relaciones y para evaluar sus efectos específicos sobre el embarazo y también sobre el desarrollo del niño (Graginic- Philippe et al., 2014).

En la revisión de Lancaster et al. (2010) se evaluaron un conjunto amplio de estudios sobre los EVEs (p.ej, Bergner, Beyer, Klapp y Rauchfuss, 2008; Holzman et al., 2006) en sus conclusiones los autores determinan que existen asociaciones significativas entre los eventos estresantes negativos y un aumento de los síntomas depresivos prenatales. De los estudios revisados, además resulta interesante destacar el trabajo de Rubertsson et al. (2003) por su gran tamaño muestral (N=3011) y los resultados obtenidos. En sus resultados se mostró que aquellas mujeres que habían vivido 2 o más eventos estresantes en el último año, tenían 3 veces más probabilidades de presentar niveles elevados de sintomatología depresiva. Del total de estudios de la revisión, 15 medían acontecimientos de la vida de carácter agudo o mayor y 5 estudios evaluaban problemas cotidianos. Considerando todas las medidas de estrés como respuesta a los EVEs, los resultados demostraron la existencia de una asociación de tamaño medio entre el aumento de estrés y los síntomas depresivos. Sin embargo, de los estudios revisados por Lancaster et al. (2010) que evaluaron los problemas de la vida cotidianos en relación con la depresión prenatal (Da Costa et al., 2000; Hoffman y Hatch, 2000; Jesse et al., 2003; Jesse et al., 2005; Seguin et al., 1995) no se demostró la existencia en sus análisis bivariados, de una relación significativa entre los problemas cotidianos y la depresión antes del parto.

Por su parte, Biaggi et al. (2016), en su trabajo de revisión insisten que no solo la vivencia de EVEs está relacionado con el desarrollo de depresión durante el embarazo sino que también la percepción de estrés elevado juega un papel determinante en el inicio de la depresión prenatal. En su trabajo fueron más de 20 los estudios que demostraban dicha relación (p.ej, Bayrampour et al., 2015; Shakeel et al., 2015). En esta línea cabe añadir que, algunos estudios parecen demostrar que tal vez el impacto de los EVEs en la salud mental prenatal puede estar mediado por otros factores como el apoyo social. Por ejemplo, Glazier et al. (2004), demostraron que las mujeres que experimentaban EVEs pero contaban con un buen apoyo social presentaban menor

probabilidad de sufrir distrés emocional, comparadas con las mujeres que no disponían de una adecuada red de apoyo social.

En relación a los EVEs como factor de riesgo para la depresión prenatal, resulta interesante destacar la violencia doméstica y la historia previa de abusos en la infancia como EVEs que suponen factores de riesgo añadidos.

#### **4.9 Violencia doméstica**

Actualmente, la violencia contra la mujer en la pareja es un importante problema de salud pública. La violencia en la pareja o violencia doméstica, se define como aquellas agresiones físicas y/o psicológicas que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima (Fernández-Alonso, 2003). Es fundamental tener en cuenta dos elementos que quedan incluidos en la definición, por un lado, la reiteración o habitualidad de los actos violentos y por otro lado, la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima (Fernández-Alonso, 2003).

En los últimos años, ha ido aumentando la cantidad de estudios relacionados con este gran problema social y sus consecuencias a nivel psicológico en la mujer. Lancaster et al. (2010) recoge, en su trabajo de revisión, varios estudios que abordaron la relación entre la historia de violencia doméstica de las mujeres y la depresión prenatal (p.ej, Records y Rice 2007; Rodriguez et al., 2008). En general, los resultados mostraron una pequeña asociación entre la violencia doméstica y los síntomas depresivos en los análisis bivariantes, mientras que en los estudios multivariantes mostraron asociaciones de tamaño pequeño y mediano.

Varios estudios realizados con población de mujeres procedentes de entornos con dificultades económicas como determinadas zonas de Brasil y otros países con conflictos económicos (Fisher et al., 2012; Lovisi et al., 2005; Patel et al., 2002) han demostrado que la historia de violencia en la pareja correlaciona de manera positiva con la aparición de depresión prenatal. En esta misma línea, recientemente el estudio de eCouto et al. (2016), encontró en sus resultados que también la violencia en la pareja se mostraba como uno de los principales factores de riesgo para la depresión prenatal (OR= 2.66, IC95%: 1.09-1.20;  $p = .03$ ), incluso después de ajustar los análisis según los factores de confusión seguía mostrándose como un factor independiente (OR= 2.82, IC95%: 1.18-6.80;  $p = .02$ ). El riesgo de depresión prenatal aumentaba hasta 2.6 veces en aquellas mujeres que sufrían la violencia en su relación de pareja.

Por último añadir que, Biaggi et al. (2016), refieren en su revisión que la violencia doméstica, tanto física o sexual como psicológica o emocional, propicia un considerable impacto sobre la salud mental de la mujer en el periodo perinatal. En su estudio se recogen cerca de 30 estudios que han demostrado que aquellas mujeres expuestas a la violencia doméstica antes o durante el embarazo (especialmente si es perpetrado por la pareja), que tienen una historia previa de abusos o han experimentado una agresión sexual, presentan importantes factores de riesgo para el desarrollo de depresión o ansiedad prenatal, así como síntomas de estrés postraumático (p. ej, Fonseca-Machado et al., 2015; Martin, Casanueva, Harris-Britt, Kupper y Cloutier, 2006; Stewart et al., 2014). Martin et al. (2006) mostró además en su estudio que las mujeres que habían sufrido un asalto con agresión o coacción sexual por parte de su pareja íntima antes o durante el embarazo, presentaban mayores niveles de síntomas de depresivos prenatal. En este mismo sentido, en el estudio de Jesse et al. (2005) realizado con 128 mujeres afroamericanas y de etnia caucásica, de bajo nivel socioeconómico, se observó una asociación importante, las mujeres con historia de abusos sexuales en el último año, presentaban 2.5 veces más probabilidades de presentar sintomatología relacionada con la depresión. También Nagandla et al. (2016) se suma a estos hallazgos demostrando asociaciones significativas entre la violencia de pareja y los trastornos psicopatológicos en el periodo prenatal ( $p<.002$ ).

#### ***4.10 Antecedentes de abusos en la infancia***

La historia previa de abuso infantil ha sido reconocido como un claro factor de riesgo para la depresión y la ansiedad específicamente durante el embarazo (Plant, Barker, Waters, Pawlby y Pariante, 2013; Robertson-Blackmore et al., 2013). Biaggi et al. (2016) refieren en su revisión un importante número de estudios que han identificado que los abusos en la infancia es un predictor fuerte de la depresión y la ansiedad prenatal (p.ej, Brittain et al., 2015; Robertson- Blackmore et al., 2013; Seng, D'Andrea y Ford, 2014). Por ejemplo, Robertson-Blackmore et al. (2013), encontraron que las mujeres con historia previa de abusos sexuales en la infancia tienen el doble de probabilidad de desarrollar depresión en el periodo prenatal. Plant et al. (2013) demostró que a pesar de que las mujeres en su estudio contaran con otros factores de riesgo como, rasgos antisociales, antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica fuera del periodo perinatal, y la falta de apoyo de la pareja durante el embarazo, seguía



demostrándose la relación entre los antecedentes de maltrato infantil y la depresión prenatal.

#### **4.11 Estilo de afrontamiento**

Según Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento puede ser definido como, aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales realizados por una persona con el objetivo de hacer frente a las demandas de las situaciones que se perciben como estresantes.

El estilo de afrontamiento de las personas ante los eventos de la vida, es una de las habilidades psicológicas más importantes de adaptación a los cambios en cualquier periodo de la vida. La tendencia estable, para expresar o reprimir las emociones, para resolver problemas o para evitar comprometerse con un esfuerzo, para buscar apoyo o para ser autosuficientes, son características capitales, que cualquier individuo puede poseer en su repertorio conductual y de interacción con los demás, pero resultan fundamentales a la hora de mediar en el control del estrés crónico. Por lo tanto, dado que el periodo de embarazo puede ser considerado una etapa excepcional en la vida de la mujer, el estilo de afrontamiento es un factor merecedor de investigación en este periodo.

Muchas mujeres manifiestan que el embarazo es uno de los periodos más alegres y felices de su vida, sin embargo, no todas viven este momento del mismo modo, los cambios y las demandas asociadas a este periodo y el contexto social en el que se desarrolla, entre otros factores, pueden dar lugar a la aparición de niveles altos de estrés y ansiedad (Guardino y Dunkel-Schetter, 2014). En la mayoría de los casos el modo de hacer frente a las situaciones, que durante el embarazo, pueden generar dificultades emocionales, puede ser determinante para el estado de salud de la mujer. En los últimos años, diversos autores se han preguntado cuál es la importancia real del tipo de afrontamiento de las mujeres en periodo de embarazo, las diferencias existentes en las estrategias de afrontamiento y cuál es su repercusión en el estado de salud. Algunos defienden que el tipo de conducta de afrontamiento y la eficacia del mismo, podría influir, tanto en los efectos fisiológicos como psicológicos de la exposición al estrés durante el embarazo (Dunkel-Schetter, 2011; Dunkel-Schetter y Dolbier, 2011).

En líneas generales han sido pocos los estudios realizados sobre el impacto de factores estresantes durante el embarazo y el efecto del tipo de afrontamiento sobre la salud mental de las mujeres. No obstante, podemos destacar algunos estudios con resultados interesantes, como el de Magni, Rizzardo y Andreoli (1986) en el que se

evaluaron de forma prospectiva un grupo de mujeres embarazadas (N=319) con el objetivo de mostrar la relación entre algunas variables psicosociales como, los acontecimientos de la vida, la ansiedad, el apoyo social, el estilo de afrontamiento y las complicaciones obstétricas. Las mujeres evaluadas, se diferenciaron en dos grupos según presentaban o no complicaciones en el embarazo. Estudiadas por separado, ninguna de las variables psicosociales consideradas, diferenció significativamente los dos grupos de mujeres. No se encontró una relación directa entre el estilo de afrontamiento y las complicaciones perinatales, pero cabe destacar que, sí encontraron diferencias significativas en el porcentaje de complicaciones entre las mujeres que experimentaron eventos o sucesos de la vida con impacto negativo, cuando eran subdivididas en grupos sobre su nivel de ansiedad específico y sobre sus estilos de afrontamiento. Este resultado podía sugerir, según sus autores, que las estrategias de afrontamiento desarrollados y utilizados por las mujeres embarazadas ante una situación estresante podrían modificar su reactividad al estrés (Magni et al., 1986).

Más recientemente, Guardino y Dunkel-Schetter (2014), han llevado a cabo una revisión sistemática de los estudios que examinan el afrontamiento en el contexto del embarazo. Los autores parten de la hipótesis que supone que, contar con estrategias adecuadas de afrontamiento podría resultar un recurso óptimo para prevenir, tanto a las mujeres embarazadas como a sus hijos/as, de los efectos potencialmente nocivos de la exposición al estrés prenatal. Mientras que aquellas mujeres que poseen estrategias de afrontamiento frente al estrés basadas en conductas de evitación o desarrollan comportamientos nocivos para la salud (como tabaquismo), tendrían mayor vulnerabilidad. El trabajo de revisión de los autores se centró en identificar las conclusiones principales sobre los estudios existentes respecto al posible papel moderador de los estilos de afrontamiento durante el embarazo, el posparto y las posibles repercusiones sobre la salud del feto y del niño/a. De todos los estudios incluidos en la revisión podemos mencionar los resultados obtenidos en los trabajos transversales y longitudinales que hacen referencia a las estrategias de afrontamiento durante la etapa prenatal.

En cuanto a los resultados de los estudios transversales Guardino y Dunkel-Schetter (2014) refieren que de los estudios revisados (p.ej, Faisal-Cury, Savoia y Menezes, 2012; Giurgescu, Penckofer, Maurer y Bryant, 2006; Rodríguez, 2009) el conjunto más consistente de hallazgos se encuentre en los estilos de afrontamiento por evitación. Estos se han asociado con muchos resultados adversos sobre la salud mental de la mujer en el embarazo, incluyendo menor bienestar psicológico general, mayor

angustia, mayor estado de ánimo depresivo, mayor ansiedad, mayor estrés percibido, menos actitudes positivas hacia la detección de enfermedades y mayor potencial de abuso infantil.

Faisal-Cury et al. (2012) demostraron en su modelo multivariado, que las puntuaciones más altas en las estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la evitación y las puntuaciones más bajas en las estrategias positivas, como la resolución de problemas, se asocian a un estado de ánimo deprimido. Los autores sugieren que las mujeres embarazadas podrían desarrollar síntomas depresivos cuando sus estrategias de afrontamiento a las situaciones estresantes no son las adecuadas.

El desarrollo o mantenimiento de conductas perjudiciales para la salud es otro de los mecanismos de afrontamiento que pueden aparecer para afrontar el estrés durante el embarazo. Algunos de los estudios de la revisión (p.ej, Yali y Lobel, 1999) refieren que hacer frente al embarazo mediante el consumo de alcohol o tabaco se asociaba con un mayor malestar relacionado con el embarazo y la depresión prenatal. Del mismo modo el estudio de López, Konrath y Seng (2011) refieren que el consumo de tabaco como estrategia de afrontamiento para el manejo de las emociones o los problemas se asociaba con un mayor riesgo de continuar fumando durante el embarazo.

Por el contrario, algunas respuestas de afrontamiento se han vinculado a indicadores de bienestar psicológico más favorable, por ejemplo, hacer frente al embarazo mediante una valoración positiva (esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el crecimiento personal) se ha asociado con un mejor apego materno, menos síntomas depresivos y una menor angustia global relacionada con el embarazo (Pakenham, Smith y Rattan, 2007; White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster y Manderson, 2008). Por otra parte, algunos estudios como Clements y Ermakova, (2012) sugieren que el afrontamiento que implica una valoración positiva o la fe religiosa se asocia con un mejor ajuste psicológico durante el embarazo.

Sin embargo, los autores de la revisión advierten que los hallazgos de los estudios que miden el tipo de afrontamiento hacia los problemas durante el embarazo son en ocasiones contradictorios. Refieren que algunos de los estudios revisados (p.ej, Hamilton y Lobel, 2008; Yali y Lobel, 1999) hallaron que los estilos de afrontamiento centrados en el problema (entendido como estrategias de preparación y solución de problemas para el manejo del estrés) se mostraron asociados a una mayor nivel de estrés relacionado con el embarazo. Sin embargo, otro trabajo refiere que los estilos activos de afrontamiento estaban asociados con menos síntomas depresivos (Wells,

Hobfoll y Lavin, 1997) y otros estudio como Blake et al. (2009) no muestran ninguna relación con las estrategias de afrontamiento.

En resumen, de acuerdo con los resultados presentados por Guardino y Dunkel-Schetter (2014) los principales hallazgos de los estudios transversales hacen referencia a que los estilos y comportamientos de evitación parecen estar asociados con el malestar psicológico, mientras que los estilos y comportamientos activos centrados en el problema y el control emocional generalmente están asociados con indicadores de bienestar.

Respecto a lo estudios longitudinales consultados por los autores, solo dos examinaron si el tipo de afrontamiento durante el embarazo temprano podían predecir estados afectivos en la etapa tardía del embarazo (Huizink et al., 2002; Yali y Lobel, 2002). Los autores refieren que a pesar de que los estudios consultados (p. ej, Brisch et al., 2002; Tercyak, Johnson, Roberts y Cruz, 2001) replicaron las asociaciones entre el afrontamiento y el estrés encontrados en los estudios transversales, no hubo evidencia de que las estrategias de afrontamiento pudieran predecir resultados psicológicos más adelante en el embarazo cuando se controlaba el nivel de estrés basal. No obstante Guardino y Dunkel-Schetter (2014) insisten que en general, la evidencia más consistente de los estudios longitudinales conduce a la conclusión de que los comportamientos de afrontamiento dirigidos a evitar o distanciarse de los factores de estrés tienen consecuencias negativas para la salud materna e infantil, incluyendo evidencia sobre la consecución de un parto prematuro y la aparición de DPP (Dole et al., 2004; Gotlib et al., 1991, Honey, Morgan y Bennet, 2003; Messer, Dole, Kaufman y Savitz, 2005).

Guardino y Dunkel-Schetter (2014) apuntan que a causa de la heterogeneidad de los estudios en algunos criterios como, las variaciones en las muestras, instrumentos de medida, variables de resultado o los periodos de evaluaciones, es difícil obtener conclusiones exactas sobre las asociaciones entre el estilo de afrontamiento y su relación con el estado de ánimo de las mujeres embarazadas. Finalmente, los autores concluyen que a pesar de los resultados obtenidos en los estudios revisados, se necesita acumular mayor investigación sobre los mecanismos de afrontamiento de las mujeres durante el embarazo. Empezar por invertir en investigación, que ayude a esclarecer las diferencias en el valor de los factores estresantes, que son más relevantes para las mujeres durante el embarazo, facilitaría el conocimiento sobre cómo distintos subgrupos de mujeres, se enfrentan más eficazmente con esas situaciones particulares percibidas como estresantes, para finalmente poder examinar los mecanismos

subyacentes a los efectos sobre la salud mental materna (Guardino y Dunkel-Schetter, 2014).

#### **4.12 Personalidad**

La personalidad es uno de los factores psicológicos que mayor atención ha recibido en el estudio de los trastornos psicopatológicos a lo largo de los años. En varios estudios realizados en la población general se encontró que existía una relación entre ciertos rasgos de personalidad y un mayor riesgo de depresión (Kendler, Gatz, Gardner y Pedersen, 2006; Jylhä y Isometsä, 2006).

Para lograr una mayor comprensión de la importancia que merece la evaluación de la personalidad en la definición de los factores de riesgo para la depresión, podemos tomar como marco de referencia la teoría de la Personalidad de Eysenck (1985). Es conocido que la teoría de Eysenck es, además de una teoría centrada en el rasgo, una teoría dimensional que propone la existencia de factores de personalidad como dimensiones continuas en las que pueden determinarse de manera cuantitativa las diferencias individuales (Mayor y Pinillos, 1989). Eysenck propone en su teoría tres dimensiones básicas de personalidad: Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P), e incluye una cuarta dimensión de personalidad: la inteligencia general o factor g (dimensión de las habilidades cognitivas, que tiene características especiales y distintivas con respecto a las tres dimensiones del temperamento y el carácter). De este modo, el autor propone que las personas pueden ser descritas en función del grado de E, N y P.

El periodo perinatal, sobre todo hacia el final del embarazo y el parto, es, sin duda, un acontecimiento difícil y estresante para algunas mujeres. Es posible que dentro de la perspectiva del inminente nacimiento del bebé, las mujeres que presenten algún rasgo destacado de personalidad, como un mayor grado de N, estén en mayor riesgo de desarrollar una inadecuada adaptación, que finalmente resulte en el desarrollo de síntomas depresivos (Grochmal-Bach et al., 2009).

Actualmente no son abundantes los estudios con rigor científico sobre la posible asociación entre determinados rasgos de personalidad y el riesgo para la depresión prenatal y posnatal. Tal vez, inicialmente la investigación haya hecho mayor hincapié en la relación entre el N y los síntomas depresivos en el periodo posparto, por ejemplo, Verkerk, Denollet, Van Heck, Van Son y Pop (2005) encontraron en su estudio una correlación positiva entre un alto grado de N e introversión y el riesgo de los síntomas depresivos y la depresión clínica entre las mujeres en el periodo postnatal.

No obstante, los resultados de algunos estudios, han demostrado que el nivel de N parece ser un factor de vulnerabilidad importante también en el periodo prenatal. Dennis y Boyce (2004) comprobaron en su estudio, que entre las mujeres con las puntuaciones más altas de N, el riesgo de síntomas depresivos se incrementó en el grupo de las embarazadas y el grupo de las madres justo después del parto. Del mismo modo, estudios más recientes como Podolska et al. (2010), reflejan resultados muy similares. Estos autores evaluaron a una muestra de 229 mujeres (embarazadas y en el posparto) ingresadas en hospitales obstétricos de Polonia. Se utilizó la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) como herramienta de detección para los síntomas depresivos y el Inventario NEO Cinco Factores (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1992) en la versión polaca (Zawadzki et al., 1998), para la evaluación de cinco rasgos de personalidad en las pacientes estudiadas. Sus resultados mostraron que el N aumentó significativamente el riesgo de síntomas depresivos en mujeres embarazadas y púrpas (OR= 1.23 y OR= 1.11, respectivamente). De forma paralela se observó que, los rasgos de personalidad relacionados con un menor riesgo de depresión en el grupo de las mujeres embarazadas fueron, las puntuaciones elevadas en E, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad (OR= 0.90, OR= 0.92, OR= 0.90 y OR= 0.91, respectivamente). Finalmente, los autores concluyeron que de todas las dimensiones de la personalidad, el N podría considerarse uno de los factores predictivos más fuertes para la evaluación del riesgo de depresión tanto en el periodo de embarazo como después del parto (Podolska et al., 2010).

En último lugar cabe añadir, las aportaciones de los estudios más recientes, en este caso, según la revisión de Biaggi et al. (2016) numerosos estudios (p.ej, Bayrampour et al., 2015; Bunevicius et al., 2009) muestran que algunos rasgos de personalidad especialmente un estilo cognitivo negativo (pesimismo, ira, rumiación); la tendencia a estar nervioso o preocupado; la timidez; la baja autoestima; la baja autoeficacia; y unos niveles elevados de N y P, aumentan el riesgo de experimentar alteraciones psicológicas en el periodo prenatal. Sin embargo, por otra parte, diversos estudios han hallado que un afrontamiento activo, la autoeficacia (Edwards, Galletly, Semmler-Booth y Dekker, 2008; Zeng et al., 2015) o un elevado nivel de autoestima (Shloim, Hetherington, Rudolf y Feltbower, 2015) actúan como factores protectores de alteraciones psicológicas.

#### **4.13 La ansiedad materna**

Como ya hemos explicado ampliamente en capítulos anteriores, del mismo modo que ocurre en la población general, también en el periodo prenatal la ansiedad y la depresión son trastornos altamente comórbidos.

Dunkel-Schetter y Tanner (2012) sugieren que algunas mujeres pueden presentar ciertas vulnerabilidades que durante el embarazo interaccionan con el contexto social, cultural, familiar y condiciones ambientales del embarazo que podrían hacer aumentar los niveles de ansiedad durante el la etapa prenatal, lo cual repercutiría a la vez en la propia salud de la mujer y del desarrollo del feto. En cuanto a los estudios que evalúan sus efectos como factor de riesgo, podemos adelantar que en la revisión de Lancaster et al. (2010) analizaron 11 estudios al respecto (p.ej, Berle et al., 2005; Grant, McMahon y Austin, 2008). En los resultados, la ansiedad mostró una de las asociaciones más fuertes con síntomas depresivos antes del parto. Como promedio, la ansiedad durante el embarazo tuvo una correlación de mediana a grande con los síntomas depresivos.

Es importante destacar que estos resultados coinciden con estudios más recientes como el de Verreault et al. (2014) quienes han descrito la ansiedad como un fuerte factor de riesgo para la depresión prenatal. También el estudio de Mohamed Yusuff et al. (2015) ha demostrado que las mujeres con ansiedad prenatal son aproximadamente 3 veces más proclives a experimentar depresión durante el embarazo.

En base a la evidencia disponible, diversos autores como Dunkel-Schetter y Tanner (2012) apuntan que por el problema potencial que supone, la evaluación prenatal y posparto de la ansiedad y la depresión deberían ser recomendadas en una atención materno-infantil adecuada.

#### **4.14 Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos**

Actualmente disponemos de pocos estudios que evidencien cual es el papel que desempeña, como factor de riesgo para la depresión prenatal, contar con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos para una mujer embarazada. Algunos autores argumentan que la evidencia al respecto es muy escasa, debido principalmente a que las mujeres pueden no ser conscientes de los problemas mentales que han sufrido sus familiares a lo largo de la vida (Biaggi et al., 2016), o también puede ocurrir que la propia

mujer no se muestre dispuesta a revelar esta información (Robertson et al., 2004). No obstante, la evidencia más reciente reportada por Biaggi et al. (2016) refiere en su revisión que algunos estudios (Jeong et al., 2013; Lydsdottir et al., 2014) muestran la existencia de relación entre los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos en la mujer y el riesgo de desarrollar depresión prenatal. Finalmente, los autores añaden que esta condición debería recibir mayor atención por parte de la investigación para determinar su valor como factor de riesgo para la depresión y ansiedad prenatal.

## **4.15 Hábitos de Salud**

### **4.15.1 Consumo de tabaco**

A lo largo de los últimos años numerosos estudios han demostrado que el consumo de tabaco antes o durante el embarazo predice ansiedad y depresión en el periodo prenatal. No obstante en algunos casos los resultados han sido muy diversos. Por ejemplo, un estudio mostró que el consumo de tabaco durante el embarazo no estaba asociado con la depresión prenatal (Luke et al., 2009). Sin embargo, Jeong et al. (2013) refieren que el consumo de cigarrillos de modo habitual aumenta el riesgo de depresión prenatal incluso si las mujeres se abstienen de fumar cigarrillos durante el embarazo.

Bottomley y Lancaster (2008) hallaron en sus resultados una correlación significativa entre el número de cigarrillos consumidos durante el primer y segundo trimestre de embarazo y las puntuaciones en sintomatología depresiva evaluada mediante el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) en el tercer trimestre de embarazo. Estos autores refieren en sus conclusiones una asociación débil pero significativa entre el número de cigarrillos fumados y los síntomas depresivos, pero solo en el tercer trimestre.

Lancaster et al. (2010) por su parte, refieren que respecto a los factores de riesgo relacionados con el consumo de tabaco, el abuso de alcohol y drogas, los resultados se mostraron del todo inconsistentes.

Más recientemente, Fellenzer y Cibula (2014) mostraron que, las mujeres fumadoras durante el primer trimestre de embarazo tenían mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos independientemente de otros factores de riesgo. Por ejemplo, las mujeres que consumían 20 o más cigarrillos al día durante el primer



trimestre presentaban mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva moderada (ORA= 3.1, IC 95%: 1.7-5.4) en comparación con el grupo de mujeres no fumadoras. Fumar menos de 10 cigarrillos al día durante el primer trimestre fue un predictor independiente y significativo de un aumento de la probabilidad de presentar síntomas depresivos leves (ORA= 1.4, IC 95%: 1.2-1.5), síntomas depresivos moderados (ORA= 1.7, IC 95%: 1.2-2.5) y síntomas depresivos graves (ORA= 1.7, IC 95%: 1.2-2.5).

Smedberg, Lupattelli, Mårdby, Øverland y Nordeng, (2015), observaron que las mujeres que continuaban fumando durante el embarazo tenían mayor probabilidad de sufrir depresión prenatal que aquellas que habían dejado de fumar durante la gestación. También Bales et al. (2015) muestra en sus resultados que el consumo de tabaco se mostró como uno de los factores que de forma independiente, más fuertemente se asocia con el distrés psicológico durante el embarazo (ORA= 1.04, IC al 95%: 0.76-1.42).

No obstante, algunas cuestiones siguen siendo algo confusas, Biaggi et al. (2016) destacan en su revisión sistemática que no está del todo claro si el consumo de tabaco aumenta el riesgo de depresión o si la depresión está asociada con el desarrollo de conductas poco saludables tales como fumar (p.ej, Abuidhail y Abujilban, 2014; Rubertsson et al., 2014).

#### **4.15.2 Consumo de alcohol**

Otra de las conductas poco saludables que parece estar asociada con la sintomatología depresiva es el consumo de alcohol. Hoy contamos con un creciente número de estudios que parecen tener en cuenta esta conducta como posible factor de riesgo. De igual modo a lo demostrado con el consumo de tabaco, en el estudio de Bales et al. (2015) también se observó que el consumo de alcohol durante el embarazo estaba asociado de manera independiente a un mayor nivel de distrés psicológico prenatal (ORA = 1.03, IC 95%: 0.80-1.33).

La revisión de Biaggi et al. (2016) también intenta arrojar luz sobre este tema e informan de la existencia de una correlación significativa entre la ansiedad o depresión prenatal y el antecedente de uso de alcohol (Lee et al., 2007) o su uso habitual (Marcus et al., 2003). Sin embargo, los autores insisten que los estudios son todavía escasos y es necesario seguir acumulando evidencia al respecto.

### **4.15.3 Consumo de drogas**

Son pocos los estudios disponibles que exploran la relación entre el consumo de drogas ilícitas y el riesgo de depresión en el periodo perinatal. Los datos más relevantes en cuanto a este tema vienen dados por el trabajo de Fellenzer y Cibula (2014), estos autores mostraron en sus resultados que el consumo de drogas por parte de la madre durante el embarazo, estaba fuertemente asociado con la depresión prenatal. Las mujeres que en sus registros médicos reflejaban consumo de drogas ilícitas presentaban más probabilidad de presentar síntomas de depresión severos y moderados (ORA= 3.2, IC 95%: 2.2-4.5) al igual que ocurría con las mujeres que con consumos de medicamentos no prescritos por un facultativo (ORA= 1.5, IC 95%: 1.1-2.0) en comparación con las mujeres sin historia conocida de consumo de drogas o medicamentos no prescritos en el periodo prenatal.

Finalmente, cabe añadir que según Biaggi et al. (2016) a pesar de la evidencia demostrada en cuanto al consumo de sustancias y su asociación con la depresión prenatal (Fellenzer y Cibula, 2014; Holzman et al., 2006), es necesario aumentar el número de estudios al respecto para determinar el verdadero alcance de esta condición como factor de riesgo.

## **4.16 Factores de riesgo obstétricos**

Es fundamental evaluar los factores de riesgo de manera individual y considerar ambos tipos de variables, tanto biológicas como psicosociales en las condiciones de salud complejas tales como los trastornos del estado de ánimo perinatales (Ross, Sellers, Gilbert Evans y Romach, 2004). Por ello, a continuación detallamos algunas de las variables biológicas consideradas como posibles factores de riesgo obstétrico.

### **4.16.1 Paridad**

Desde hace algunas décadas se ha pensado que podrían existir diferencias a la hora de afrontar la maternidad entre las mujeres primíparas y aquellas que tienen más hijos a su cargo. Asimismo, se ha visto que los estudios que investigan la condición de mujer primípara o multípara como un posible factor de riesgo para la depresión prenatal muestran resultados controvertidos. El estudio clásico de Kitamura, Shima, Sugawara y

Toda (1993) demostró que el primer parto estaba asociado con la depresión prenatal. Años más tarde, los estudios han mostrado gran diversidad de resultados.

Lancaster et al. (2010) refieren resultados inconsistentes en los trabajos revisados. Por otra parte, otros estudios como, Dayan et al. (2010), Koleva et al. (2011), Redshaw y Henderson (2013) e incluso el estudio de Bales et al. (2015), refieren que las mujeres multíparas presentan mayor predisposición a experimentar trastornos psicológicos durante el embarazo que las mujeres primíparas. Esto sugiere según Bales et al. (2015) que la carga de la crianza de otros niños puede tener un posible impacto en la salud mental de la mujer ante un nuevo embarazo.

Sin embargo, Biaggi et al. (2016) consideran en su estudio de revisión, que dicha condición se muestra inconsistente como factor de riesgo. Algunos de los estudios revisados por estos autores refieren que las mujeres multíparas presentan mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión prenatal (p.ej, Abuidhail y Abujilban, 2014; Yanikkerem, Mutlu y Goker, 2013). En este mismo sentido, eCouto et al. (2016) encontraron que el número de hijos podía considerarse un factor de riesgo para la depresión prenatal (OR= 3.04 (1.20-7.75); IC del 95%,  $p = .02$ ). A pesar de que después de ajustar por factores de confusión este factor no se mantuvo como factor independiente, es importante destacar que en las mujeres multíparas aumentaba hasta 3 veces el riesgo de depresión prenatal.

Por el contrario, también encontraron algunos estudios (Ali, Azam, Ali, Tabbusum y Moin, 2012; Fisher et al., 2013; Räisänen et al., 2014) en los que las mujeres primíparas muestran mayor riesgo de depresión prenatal que las mujeres multíparas. Por otra parte, un gran número de estudios revisados no encuentran una asociación significativa entre la condición de paridad y las alteraciones relacionadas con la salud mental.

#### **4.16.2 Otros factores obstétricos**

Existen gran cantidad de variables de carácter obstétrico que son considerados como factores importantes en el desarrollo óptimo del embarazo, el parto y el puerperio. Por ejemplo, la pérdida inesperada de un embarazo puede considerarse como un evento traumático que puede propiciar la aparición de niveles elevados de ansiedad y depresión que pueden persistir en los embarazos sucesivos. Con respecto a esta apreciación Rubertsson et al. (2003) encontraron en su estudio que el aborto previo

estaba asociado a la depresión prenatal. Este estudio junto a otros como el de Waqas et al. (2015) han encontrado que determinados factores como los antecedentes de una o más episiotomías en partos anteriores, partos por cesárea o experiencias negativas con partos anteriores, están asociados con una mayor incidencia de ansiedad y depresión prenatal.

Al igual que en otras variables, se ha comprobado que no toda la investigación acumulada es congruente, los estudios revisados en el trabajo de Lancaster et al. (2010) que recogían factores importantes como, la historia obstétrica de la mujer (que incluía, los abortos espontáneos, abortos electivos y muertes fetales en el útero) no mostraron asociaciones significativas con los síntomas depresivos en el análisis bivariado o multivariado.

Bales et al. (2015) también evaluaron algunos factores obstétricos y su asociación con el distrés psicológico durante el embarazo. Los resultados mostraron que en aquellas mujeres que precisaron de, por lo menos un examen de diagnóstico prenatal (amniocentesis, biopsia de placenta o muestra de sangre fetal) y que contaban con al menos una complicación obstétrica (hospitalización durante el embarazo, riesgo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, placenta previa, hipertensión arterial con proteinuria, diabetes gestacional o retraso en el crecimiento intrauterino), la probabilidad de experimentar alteraciones psicológicas durante el embarazo era mayor (ORA= 1.79, IC 95%: 1.42-2.27 y ORA= 1.53, IC 95%: 1.35-1.73 respectivamente).

También en este punto es importante añadir los resultados del estudio de revisión de Biaggi et al. (2016) en el que los autores determinan que existe evidencia suficiente para considerar que las mujeres con complicaciones actuales o pasadas en el embarazo o el parto, con una historia previa de pérdidas de embarazos incluida la interrupción del embarazo o muerte fetal, presentan mayor probabilidad de experimentar depresión o ansiedad prenatal y ansiedad específica del embarazo. De todos los estudios revisados al respecto 17 presentaban resultados significativos (p.ej, Stewart et al., 2014; Räisänen et al., 2014; Zeng et al., 2015).

Finalmente, no debemos pasar por alto que también las mujeres que se ven sometidas a tratamientos de fertilidad pueden presentar diferencias a tener en cuenta en su vulnerabilidad ante las alteraciones del estado de ánimo en el periodo prenatal, no obstante existe poca investigación al respecto y, además, los resultados son controvertidos. Por ejemplo, Bayrampour et al. (2015) mostraron que aquellas mujeres que habían recibido tratamiento de infertilidad presentaban mayor probabilidad de sufrir ansiedad prenatal, además esta condición se mostró como predictor único de

síntomas depresivos crónicos (ORA= 4.98 IC 95%: 1.85- 13.39). Sin embargo, Rubertsson et al. (2003) no encontraron ninguna relación al respecto.

Tal y como hemos expuesto en el presente capítulo, existe evidencia de peso que demuestra que aquellas mujeres que poseen determinados factores considerados de riesgo, pueden presentar mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en el periodo prenatal. Los estudios disponibles han demostrado la existencia de factores de riesgo de diferente naturaleza entre los que se incluyen, factores de carácter psicosocial, ambiental y obstétrico (Biaggi et al., 2016).

En ocasiones, el embarazo puede considerarse un momento de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Biaggi et al., 2016). Sin embargo, como hemos observado, puede que algunas mujeres experimenten su primer episodio depresivo durante el embarazo, mientras que otras están en riesgo de recurrencia debido a una historia previa de depresión y ansiedad (Räisänen et al., 2014). Como hemos podido comprobar a lo largo del presente capítulo, muchos estudios han investigado los principales factores de riesgo implicados en la aparición de la depresión prenatal y la ansiedad y han puesto de manifiesto una etiología multifactorial compleja (Lancaster et al., 2010; Leigh y Milgrom, 2008).

Tal y como menciona Bales et al. (2015), un mejor conocimiento sobre los factores ambientales, psicosociales y obstétricos asociados con las alteraciones psicológicas en el periodo prenatal, ayudaría a mejorar la identificación de aquellas mujeres en riesgo de trastorno psicológico prenatal por parte de los médicos, obstetras o matronas que en muchas ocasiones se ven limitados en cuanto a su capacidad para detectar este tipo de trastornos.

La correcta identificación de las mujeres con riesgo de padecer ansiedad y depresión prenatal nos daría la oportunidad de dirigirnos a aquellas mujeres que se beneficiarían de las intervenciones preventivas y de apoyo necesarias. Además, la identificación de las mujeres con riesgo permitiría realizar un seguimiento adecuado durante el curso de su embarazo y reconocer los síntomas de la depresión y la ansiedad a medida que se desarrollan, y de este modo, poder implementar las intervenciones preventivas o terapéuticas necesarias en el momento oportuno (Biaggi et al., 2016).

## 5 Consecuencias de la depresión prenatal sobre la salud del feto y el niño/a

Inicialmente es importante destacar que en la actualidad, existe abundante evidencia científica que muestra que los trastornos mentales perinatales están asociados con el aumento de una amplia gama de trastornos psicológicos y del desarrollo en los niños (Stein et al., 2014).

Diversos han sido los estudios que han intentado demostrar que, tanto durante el periodo posnatal como durante el desarrollo prenatal, la interacción entre la genética y los factores ambientales internos y externos es la responsable de las características del fenotipo (Gottlieb, 1976; Gottlieb y Halpern, 2002; Johnson, 1997). En base a argumentos como este, los expertos se han planteado si determinados factores como el estrés, la ansiedad o la depresión materna, pueden afectar de forma perjudicial al feto e incluso al desarrollo neuroconductual posterior del bebé (Van den Bergh y Marcoen, 2004). De hecho, existe abundante evidencia que indica que aquellos trastornos del estado de ánimo y relacionados con el estrés ocurridos en el periodo prenatal de la mujer, pueden tener un fuerte impacto en la salud mental de su descendencia (Weinstock, 2008; Van den Bergh et al., 2005a). Sin embargo, lo que todavía hoy desconocemos es si estas asociaciones ejercen una influencia directa sobre la futura salud mental del niño/a o existen factores moderadores genéticos, ambientales o de otro tipo que intervienen en el proceso (Betts, Williams, Najman y Alati, 2015).

En los últimos años se ha demostrado que el periodo de crecimiento fetal supone un rango de tiempo de mayor sensibilidad a los factores ambientales y las alteraciones maternas, incluyendo la depresión y la ansiedad, favoreciendo la aparición de efectos adversos con un impacto duradero en el desarrollo neurológico y del comportamiento en los hijos/as (Di Pietro, 2012; Van den Bergh et al., 2005a; Warner y Ozanne, 2010). Pese a ello, los mecanismos específicos subyacentes responsables de la aparición de dichos problemas sigue siendo un tema controvertido. La evidencia actual sugiere que el resultado de algunos de estos efectos adversos pueden ser mediados por el estrés y el aumento de los niveles de cortisol, además de multitud de cambios químicos que se pueden dar en el cuerpo de la madre y del niño (Diego et al., 2009; Field et al., 2010a; Field et al., 2006).

Antes de proceder a la exposición de los resultados de la evidencia científica más destacada, es importante hacer hincapié en que, en muchas ocasiones los estudios pueden presentar problemas metodológicos que pueden suponer sesgos importantes a

la hora de obtener conclusiones. Por ejemplo, al utilizar instrumentos de evaluación y autoinformes cumplimentados por las madres sobre la salud mental de sus hijos, pueden surgir dificultades para diferenciar la sintomatología depresiva transitoria o los síntomas de estrés de los rasgos de personalidad ansiosos; y además, existe la problemática de la difícil delimitación de los problemas relacionados con mecanismos biológicos subyacentes de las medidas subjetivas psicológicas (Di Pietro, 2012).

Como avanzábamos al principio, es mucha la evidencia científica acumulada sobre cómo los estados emocionales negativos durante el embarazo pueden influir desde el desarrollo fetal, hasta después del nacimiento en el recién nacido, el niño o el adolescente (Huizink et al., 2004a; Kofman, 2002; Mulder et al., 2002; Van den Bergh et al., 2005a). En este capítulo haremos una síntesis de la evidencia existente hoy respecto a las consecuencias de los trastornos emocionales en la etapa prenatal de la madre y su relación sobre los posibles efectos adversos en el desarrollo del feto, incluyendo los efectos a largo plazo sobre el crecimiento y evolución conductual y emocional del niño/a hasta la adolescencia e incluso la adultez temprana.

### ***5.1 Resultados adversos a nivel obstétrico y sobre la conducta materno-infantil***

En los últimos años las investigaciones han puesto de manifiesto que los trastornos depresivos prenatales constituyen un factor de riesgo de resultados obstétricos adversos, por ejemplo, Chung, Lau, Yip, Chiu y Lee (2001) demostraron que los síntomas depresivos en los 2 últimos meses antes del parto, estaban asociados a un aumento en el riesgo de tener un parto por cesárea y el ingreso del recién nacido en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Asimismo, Gentile (2015) en su estudio de revisión refiere que, diversos estudios han reportado datos sobre un aumento de ingresos en UCIN y mayor tasa de muertes prematuras en los recién nacidos de mujeres con depresión prenatal (p.ej, Diego, Field y Hernandez-Reif, 2005; Wisner et al., 2009). Sin embargo, no todos los trabajos aportan las mismas conclusiones, Grigoriadis et al. (2013) en su estudio de meta-análisis no encontraron asociación significativa con un mayor número de ingresos en las UCIN en los bebés de las mujeres con depresión prenatal, aunque cabe añadir que, al ajustar los datos algunos análisis mostraron resultados significativos. Según los hallazgos de estos autores, la edad gestacional y las puntuaciones en el Test de Apgar en el minuto 1 y a los 5 minutos del

nacimiento, no mostraron asociaciones significativas de ningún tipo con la depresión prenatal.

La sintomatología depresiva experimentada durante el embarazo puede alcanzar repercusiones también en la propia salud de la mujer. Por ejemplo, la preeclampsia ha sido una de las patologías relacionadas con el embarazo más estudiadas, sin embargo, Grigoriadis et al. (2013) no observaron una mayor asociación entre la aparición de esta afectación y la depresión prenatal, en cambio, al igual que ocurre con el incremento de riesgo de ingreso en UCIN, al ajustar los datos, algunos análisis mostraron resultados significativos.

También la investigación actual se preocupa por las posibles repercusiones sobre el desarrollo de la conducta o comportamiento materno-infantil en aquellas mujeres con problemas emocionales en el periodo perinatal. Este podría ser el caso de la lactancia materna, por ejemplo, en el estudio de Grigoriadis et al. (2013) se observó una relación entre la depresión prenatal y un bajo nivel de inicio de lactancia materna, con una OR= 0.68, IC 95%: 0.61-0.76;  $p < .001$ ). Los autores sugieren que en aquellas mujeres que experimentan síntomas depresivos puede resultar difícil establecer la lactancia materna, ya que dicha sintomatología puede limitar su capacidad para mantener la concentración requerida (Grigoriadis et al., 2013).

El desarrollo normal del apego también es uno de los hitos más importantes en el vínculo materno-infantil. Su relación con los trastornos del estado de ánimo de la mujer durante el embarazo, muestran resultados muy diversos. Situaciones de estrés crónico durante el embarazo, pueden alterar los mecanismos de adaptación neurobiológica del sistema de regulación de muchas de las hormonas que son necesarias para la consecución de los aspectos más importantes de la maternidad como puede ser la conducta de apego (Brummelte y Galea, 2016).

Se sabe que la depresión materna puede cambiar la interacción y el apego madre-hijo/a (Atkinson et al., 2000; Lovejoy, Graczyk, O'Hare y Neuman, 2000), lo cual puede tener un impacto crucial en el desarrollo del niño/a. Algunos trabajos muestran como la depresión prenatal influye en el desarrollo del apego materno, en esta dirección Perry, Ettinger, Mendelson y Le (2011) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de examinar los predictores del apego materno en el posparto con una muestra de 217 mujeres latinas incluidas en un ensayo de prevención de la depresión perinatal. Los predictores explorados fueron: los síntomas depresivos durante el embarazo, la intención de embarazo, la afectividad sobre el embarazo, y la calidad de la relación de pareja. En sus resultados hallaron que el predictor más fuerte de un bajo apego materno



eran los síntomas depresivos al final del embarazo. Del mismo modo Davis et al. (2007) mostraron como la exposición prenatal al estrés materno puede tener consecuencias sobre el desarrollo del temperamento infantil. En este trabajo los autores examinaron en 247 niños, los efectos del estrés, la ansiedad y la depresión prenatal mediante el Cohen's Perceived Stress Scale (PSS; Cohen et al., 1983), el State-Trait Personality Inventory (STAI; Spielberger, 1979) y la versión abreviada del Center for Epidemiological Studies Depression Inventory (CES-D; Santor y Coyne, 1997) respectivamente, junto con el nivel de cortisol salival materno, en cuatro momentos (18 y 20; 24 y 26; 30 y 32 semanas de gestación y a los 2 meses del posparto). El temperamento infantil se evaluó mediante la subescala de miedo del Infant Behavior Questionnaire (IBQ; Gartstein y Rothbart, 2003) a los 2 meses de edad. Los resultados demostraron que existía una asociación significativa entre la elevación del nivel de cortisol materno al final de la gestación (30-32 semana de embarazo) con un mayor reporte por parte de las madres de reactividad negativa infantil. Por otra parte, la ansiedad y la depresión prenatal se mostraron como predictores del temperamento infantil. Además, cabe destacar que las asociaciones entre el nivel de cortisol y la depresión materna se mantuvieron después de controlar el estado psicológico de la madre en el posparto.

En otro estudio, Hayes, Goodman y Carlson (2013) demostraron que la depresión prenatal se asocia con el apego desorganizado, independientemente de la DPP. En esta misma línea, dos meta-análisis anteriores mostraron en sus resultados que la DPP se asocia con un mayor riesgo de apego inseguro (especialmente apego desorganizado) (Atkinson et al., 2000; Martins y Gaffan, 2000). Es importante destacar que, esta asociación es más baja o puede no ser significativa, en muestras de población normal en comparación con muestras de población clínica; lo mismo ocurre cuando la depresión es medida por los autoinformes, si se compara con el uso de las entrevistas diagnósticas (Atkinson et al., 2000; Tharner et al., 2012).

## **5.2 Efectos adversos sobre el crecimiento y desarrollo del feto hasta el recién nacido**

La depresión prenatal, puede influir en el aumento del riesgo de aparición de problemas relacionados con el feto como puede ser, tasas más lentas de crecimiento fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer (Diego et al., 2009; Field et al., 2010b; Field et al., 2006; Grote et al., 2010). Además, varios estudios justifican la aparición de efectos adversos sobre algunos parámetros biológicos como la hiperactividad e irregularidad de

la frecuencia cardíaca fetal (Allister, Lester, Carr y Liu, 2001; Dieter et al., 2001; Emory y Dieter, 2006). Estos estudios sugieren que el estrés de la madre en la segunda mitad del embarazo, puede dar lugar a una reacción de “alarma” en el feto que aunque inicialmente puede ser adaptativa, podría acabar provocando alteraciones fisiológicas y cierto grado de agotamiento en el feto (Emory y Dieter, 2006). Por otra parte, Non, Binder, Kubzansky y Michels (2014) mostraron en su trabajo que ciertas alteraciones epigenéticas en el ADN, probablemente eran debidas a la exposición del feto a niveles elevados de estrés de la madre.

Lejos de ser una complicación menor, el parto prematuro, es un problema de salud pública reconocido, puesto que se ha demostrado que los bebés prematuros tienen un riesgo mayor de mortalidad después del nacimiento (Callaghan, MacDorman, Rasmussen Qin y Lackritz, 2006). Por ejemplo, en el estudio de Diego et al. (2009) se informó que las mujeres con depresión prenatal tuvieron un 13% de mayor incidencia de parto prematuro (OR= 2.61) y un 15% mayor de incidencia de bajo peso al nacer (OR= 4.75) que las mujeres sin depresión.

A la hora de determinar la relación entre las alteraciones emocionales prenatales de la mujer y los efectos adversos en el crecimiento y desarrollo del feto durante la gestación, cabe nombrar dos meta-análisis recientes, el de Grigoriadis et al. (2013) y el de Grote et al. (2010). En ambos trabajos se mostraron datos que asocian los síntomas de la depresión prenatal con un mayor riesgo de parto prematuro. Del mismo modo, en cuanto a la restricción del crecimiento intrauterino, la depresión prenatal se asoció con un mayor riesgo, pero solo en las poblaciones con nivel socioeconómico bajo.

Efectivamente, uno de los resultados más consistentes del meta-análisis de Grigoriadis et al. (2013) fue hallado respecto a la depresión prenatal asociada con el parto prematuro OR= 1.37 (con IC95%, de 1.04 a 1.81,  $p=.024$ ). No obstante, a pesar de que en este meta-análisis no se demostró una asociación significativa entre la depresión prenatal y el bajo peso al nacer, cuando se ajustaron los datos si se mostraron asociaciones significativas aunque débiles. Sin embargo, es importante destacar que en este estudio habían sido excluidos los trabajos realizados en poblaciones con nivel socioeconómico medio y bajo.

Por su parte, el meta-análisis realizado por Grote et al. (2010) reportó una asociación modesta entre la sintomatología depresiva de la madre y el bajo peso al nacer. En este trabajo, se incluyeron estudios realizados con población de características demográficas más diversas, y los resultados demostraron que la asociación con el bajo

peso al nacer, fue más alta en las poblaciones con un nivel socioeconómico bajo, que en las poblaciones con ingresos elevados.

Resulta interesante apuntar que las principales discrepancias observadas entre estos estudios pueden ser debidas a la diferencia entre los criterios de inclusión y exclusión entre ambos trabajos. Aun teniendo en cuenta los hallazgos de trabajos como los comentados hasta ahora, Gentile (2015) afirma en su revisión sistemática que a pesar de la cantidad de estudios sobre la depresión prenatal relacionada con un mayor riesgo de parto prematuro y el bajo peso al nacer, los resultados siguen sin ser concluyentes.

También otro tipo de variables han sido analizadas en los últimos años, Gentile (2015) recoge en su revisión numerosos estudios con hallazgos importantes al respecto, por ejemplo, algunos estudios muestran como los recién nacidos de madres con sintomatología depresiva prenatal, muestran más conductas depresivas que los recién nacidos de madres sin síntomas depresivos durante el embarazo o de madres diagnosticadas de depresión al inicio del puerperio (Davidson, 1998; Lundy, Field y Pickens, 1996). De igual forma se recogen algunos trabajos que centran su estudio en parámetros biológicos, por ejemplo, los recién nacidos de madres deprimidas refieren un aumento de los niveles plasmáticos de noradrenalina y cortisol y una disminución de los niveles de dopamina (Lundy et al., 1999; Field et al., 2004). Otros estudios muestran en sus resultados ciertas alteraciones en los recién nacidos de madres con síntomas depresivos prenatales, como son las asimetrías en los EEG, que pueden estar relacionadas con una mayor predisposición del bebé a mostrar inhibición comportamental o afectividad negativa (Davidson, 1998; Diego et al., 2004). Otro estudio (Field, Fox, Pickens y Nawrocki, 1995) demostró que los bebés de entre 3 y 6 meses de madres con síntomas depresivos durante el embarazo, pueden presentar una asimetría en el registro de EEG a nivel frontal derecho. Estos hallazgos demuestran, según Gentile (2015) como la conducta afectiva deprimida que puede observarse en los lactantes, es similar a la encontrada en los bebés y niños con conducta inhibida y en los adultos con depresión crónica.

No solo los criterios de depresión o la sintomatología depresiva han sido analizados en su relación con la aparición de problemas adversos en el feto o el niño/a. Las consecuencias relacionadas con los niveles elevados de ansiedad durante el embarazo, ha recibido una notable atención por parte de la investigación actual. Los primeros estudios sobre el efecto del estrés y la ansiedad en el embarazo pretendían averiguar las consecuencias del estrés en los resultados obstétricos (Olza, 2006). Por

ejemplo, algunos de estos trabajos han demostrado que las mujeres con EVEs presentaban mayor riesgo de determinadas malformaciones congénitas en el feto relacionadas con la alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino (Hansen, Lou y Olsen, 2000). Asimismo, otros estudios muestran que las mujeres con niveles elevados de estrés y ansiedad durante el primer trimestre del embarazo tienen un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo (Nepomnaschy et al., 2006).

Sin embargo, en ocasiones la evidencia disponible se muestra inconsistente a la hora de establecer asociaciones. El meta-análisis de Littleton, Breitkopf y Berenson (2007) reportó resultados con asociaciones de pequeño tamaño y no significativas para la mayoría de los datos que relacionaban los niveles de ansiedad con la edad gestacional al nacimiento. Sin embargo, otro meta-análisis más reciente (Ding et al., 2014) mostró leves asociaciones entre la ansiedad y, tanto el parto prematuro como el bajo peso al nacer, aunque la asociación con la variable bajo peso al nacer no fue significativa al ajustar los resultados según las variables de confusión (Ding et al., 2014). Es importante tener en cuenta que ambos estudios mostraban importantes limitaciones por la escasez de estudios incluidos en los análisis y la frecuente comorbilidad de la ansiedad con la depresión y los EVEs, lo cual podía dar lugar a duda a la hora de establecer una asociación

Aunque no nos detendremos en explicar las consecuencias de los trastornos psicopatológicos graves de la madre en el feto y el niño/a, sí es importante tener en cuenta que patologías como la esquizofrenia, también se han asociado con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro, muerte fetal y muerte infantil hasta un año después del parto (Howard, 2005; King-Hele et al., 2009; Webb, Abel, Pickles y Appleby, 2005). Según el trabajo de Howard (2005) este riesgo podría ser en parte atribuible a las asociación del trastorno con factores ambientales como el tabaquismo, una nutrición deficiente, condiciones de pobreza y el abuso de sustancias (Howard, 2005). No obstante, estudios como el de Webb et al. (2010) apuntan que los riesgos de tales resultados adversos, no difieren de manera trascendental entre los recién nacidos, en función de si sus madres tienen antecedentes de ingreso psiquiátrico por esquizofrenia o trastornos afectivos. Para ambos grupos (madres con esquizofrenia o madres con trastornos afectivos) el riesgo se mostró más bajo de lo que es para los recién nacidos de madres con trastorno de abuso de sustancias.

En resumen, podemos decir que algunas de las diferencias encontradas entre los estudios consultados, sugieren la interacción de variables o factores relacionados, como

puede ser el nivel socioeconómico. Numerosos estudios están demostrando que los problemas de salud mental perinatal maternos, especialmente en las mujeres pertenecientes a poblaciones con un nivel socioeconómico bajo, están relacionados con deficiencias en el crecimiento infantil. Los resultados observados en los estudios pueden diferir notablemente, mientras algunos trabajos realizados en poblaciones con un nivel socioeconómico alto, no muestran este tipo de asociación o solo en determinados subgrupos (Ertel et al., 2012; Husain, Cruickshank, Tomenson, Khan y Rahman, 2012a; Santos, Matijasevich, Domingues, Barros y Barros, 2010), otros estudios demuestran que en aquellas poblaciones de mujeres pertenecientes a poblaciones con nivel socioeconómico bajo, la depresión perinatal se asocia con bajo peso al nacer y retraso del crecimiento en la infancia (Avan, Richter, Ramchandani, Norris y Stein, 2010; Patel, Rahman, Jacob y Hughes, 2004; Stewart, 2007; Surkan, Ettinger, Ahmed, Minkovitz y Strobino, 2012) con efectos persistentes hasta los 5 años (Parsons, Young, Rochat, Kringelbach y Stein, 2012; Patel et al., 2004; Stewart, 2007; Surkan et al., 2012).

### **5.3 Efectos adversos en la infancia y la adolescencia**

A pesar de que tanto la sintomatología depresiva como el trastorno depresivo prenatal, se asocian con niveles bajos de desarrollo cognitivo infantil, en general los tamaños del efecto de las asociaciones suelen ser pequeños (Barker, Jaffee, Uher y Maughan, 2011; Evans et al., 2012; Koutra et al., 2012) y no todos muestran resultados significativos (Tse, Rich-Edwards, Rifas-Shiman, Gillman y Oken, 2010).

Como veremos más adelante, multitud de estudios apoyan la idea de que además de los síntomas de depresión, también la ansiedad y el estrés de la mujer durante el embarazo afectan de forma negativa durante la infancia, dando lugar a un posible aumento en el riesgo de aparición de problemas psicopatológicos y trastornos de internalización y externalización de la conducta (Barker et al., 2011; O'Connor, et al., 2002a,b; Rice et al., 2010; Van Batenburg-Eddes et al., 2013; Van den Bergh y Marcoen, 2004).

Diversos estudios longitudinales han demostrado que la depresión prenatal puede estar asociada a un aumento del riesgo en la aparición de problemas emocionales en el niño/a (Gerardin et al., 2011; Leis, Heron, Stuart y Mendelson, 2013; Velders et al., 2011). Otros estudios añaden que no solo el TDM sino también la sintomatología depresiva en el periodo prenatal pueden estar asociados con un mayor riesgo de

desarrollo de una depresión clínica en la adolescencia tardía (Pawlby, Hay, Sharp, Waters y O'Keane, 2009; Pearson et al., 2013).

En este mismo sentido, parece ser más probable que los niños de madres deprimidas desarrollen un trastorno psiquiátrico, que los niños de madres que no sufren depresión, de tal manera que, en el momento en que son adultos jóvenes entre el 41% y el 77% tienen al menos un trastorno psiquiátrico (Weissman et al, 2006). Pawlby et al. (2009) demostraron que los adolescentes de 16 años que habían estado expuestos a la depresión de la madre en el periodo prenatal, presentaban 4.7 veces mayor riesgo de desarrollar depresión, que aquellos niños cuya madres no habían sufrido síntomas depresivos durante el embarazo.

En este punto es también importante tener en cuenta qué ocurre en el periodo posparto, puesto que como afirman algunos estudios como el de Pearson et al. (2013) y el de Van Batenburg-Eddes et al. (2013) existe un alto grado de asociación entre la depresión en periodo prenatal y posnatal. Sin embargo, añaden que se requiere un gran número de participantes en los estudios para proporcionar resultados con la potencia suficiente que evalúen si los riesgos asociados con la depresión prenatal y posnatal son independientes entre sí. Es por ello que requiere mención especial el estudio de Pearson et al. (2013), en dicho trabajo los autores analizaron la relación entre la depresión de la mujer durante el embarazo y el posparto y las consecuencias o repercusiones en los hijos a la edad de 18 años. Sus resultados demostraron que la depresión prenatal era un factor de riesgo independiente, los hijos de estas mujeres fueron 1.28 veces más propensos a tener depresión a los 18 años independientemente de las puntuaciones de la madre en el posparto (IC 95%, 1.08-1.51;  $p=.003$ ). También la DPP fue un factor de riesgo para las madres que presentaban un nivel educativo bajo, de modo que los hijos tenían 1.26 veces más probabilidad de tener depresión a los 18 años (IC 95%, 1.06-1.50;  $p=.01$ ). Sin embargo, para las mujeres con mayor nivel educativo se observó una menor asociación con OR de 1.09 (IC 95%, 0.88-1.36;  $p=.42$ ). Los autores comprobaron por tanto que, el nivel educativo de las madres podía comportarse como un posible factor moderador para la DPP pero no en el caso de la depresión prenatal. Este hecho puede sugerir la existencia de diferentes mecanismos relacionados con la exposición a la depresión prenatal y posnatal (Pearson et al., 2013).

Siguiendo con la aparición de los problemas relacionados con la conducta del niño/a, cabe destacar que muchos estudios han mostrado asociaciones entre la depresión prenatal de la madre y dificultades en la conducta externalizante del niño/a, entendiendo por conducta externalizante, el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e

Hiperactividad), el trastorno negativista desafiante y los trastornos de la conducta o cualquier síntoma de estas entidades diagnósticas (Barker et al., 2011; Korhonen, Luoma, Salmelin y Tamminen, 2012; Van Batenburg-Eddes et al., 2013; Velders et al., 2011). Estos mismos resultados se han observado también en los niños adoptivos (Pemberton et al., 2010).

Hay, Pawlby, Waters, Perra y Sharp (2010) también reportaron resultados en este sentido ya que encontraron una asociación entre el trastorno depresivo prenatal y la conducta antisocial del niño/a en la adolescencia, que resultó independiente de la DPP.

El estudio de Marroun et al. (2014) puso de manifiesto el posible aumento del riesgo de un trastorno generalizado del desarrollo y problemas afectivos en los niños cuyas madres habían sufrido síntomas depresivos no tratados durante el embarazo, no obstante, según las conclusiones de la revisión de Gentile (2015), la relación entre la exposición prenatal a la depresión materna y la posterior aparición de conducta desorganizada y/o deterioro cognitivo sigue sin ser concluyente (Barker Kirkham y Jensen 2013; Hayes et al., 2013; Orr, James y Prince, 2002; Tharner et al., 2012).

Finalmente, cabe mencionar el trabajo de Mäki et al. (2003) puesto que a pesar de ser un estudio anterior, sus resultados implican repercusiones destacables en la vida adulta de los niños cuyas madres tuvieron alteraciones del estado de ánimo durante su embarazo. Estos autores realizaron un estudio de cohorte con una población de 12059 niños nacidos en Finlandia en un año. De los 10705 nacimientos a término el 14% fueron de mujeres con un estado de ánimo depresivo durante el embarazo. En el seguimiento de estos niños, un total de 679 fueron identificados como delincuentes a los 32 años de edad (6.2%), en su mayoría hombres (10.9% frente al 1.3%). Después de ajustar los resultados por otros factores de riesgo (estado civil de las madres, hábito de fumar, deseabilidad del embarazo, lugar de residencia, nivel socioeconómico y complicaciones perinatales), la OR (con un IC del 95%) para los varones en la asociación entre la depresión materna prenatal y la delincuencia sin violencia era de 1.4 (1.0-1.9), OR de 1.6 (1.1-2.4) para la asociación con la delincuencia con violencia y OR de 1.7 (1-3) en la asociación con los delincuentes reincidentes y violentos. En el caso de las mujeres la OR ajustada por los factores de riesgo comentados, fue de 1.7 (0.9-3.3) en la asociación entre los delitos no violentos y la depresión materna y de 0.6 (0.1-6.0) para la asociación con los delitos cometidos con violencia. Los autores concluyen según los resultados, que los hijos varones de aquellas mujeres que durante el embarazo habían estado

deprimidas, presentaban un ligero pero significativo aumento de índice de criminalidad en su vida adulta.

En algunos trabajos se han hallado asociaciones entre los bajos resultados en el desarrollo cognitivo y los síntomas depresivos específicamente, estos trabajos incluyen estudios que refieren síntomas del periodo prenatal (Koutra et al., 2012) y también del posparto (Koutra et al., 2012; Hadley, Tegegn, Tessema, Asefa y Galea, 2008). Sin embargo, otros estudios como, Galler et al. (2004) apuntan en sus resultados que, los síntomas de ansiedad prenatal (en lugar de los síntomas depresivos) estaban asociados a la obtención de menores puntuaciones en el examen de consecución de logros en los niños/as de 11 años. Además, estudios más recientes como el de Buss, Davis, Hobel y Sandman (2011) refieren una asociación entre los síntomas de ansiedad prenatal y la alteración de las habilidades de la función ejecutiva en los niños/as.

Además de los mencionados, cabe destacar algunos estudios anteriores que han reportado resultados importantes. Van den Bergh y Marcoen (2004) llevaron a cabo un estudio prospectivo con un grupo de 71 mujeres, en el que se investigó si los niveles altos de ansiedad durante el embarazo, podían ver aumentada la susceptibilidad de los niños/as a los trastornos de la infancia y si podían existir periodos específicos de vulnerabilidad prenatales. Las mujeres fueron evaluadas en seis periodos (entre la semana 12 y 22; 23 y 31; 32 y 40 de gestación y posteriormente a las 1, 10, 28 semana del posparto) mediante la versión holandesa del Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI-S/T; Van der Ploeg, Defares y Spielberger, 1980). Posteriormente, se evaluó también a los niños/as respecto a la posible existencia de trastornos psicológicos. En sus resultados los autores comprobaron que, incluso después de controlar algunos factores como el nivel educativo de los padres, el consumo de tabaco por parte de la madre, el sexo del bebé, su peso al nacer y la ansiedad de la madre en el posparto, la ansiedad materna prenatal se asoció significativamente con los síntomas del TDAH, problemas de externalización y niveles elevados de ansiedad a los 8 y 9 años de edad. La alta puntuación en ansiedad durante el embarazo explicaba el 22% de la varianza de TDAH, el 15% de los problemas de externalización y el 9% de la ansiedad reportada por los niños/as a los 8 y 9 años de edad. Por tanto, los autores apoyan la idea sobre la asociación entre los altos niveles de ansiedad materna durante el embarazo y la aparición de problemas conductuales, emocionales y cognitivos en la infancia y la niñez (Van den Bergh y Marcoen, 2004).

Posteriormente, Van den Bergh et al. (2005b), ampliaron el estudio sobre la influencia de la ansiedad prenatal en el desarrollo y funcionamiento neuroconductual en



los niños, para valorar cuáles podían ser las repercusiones a nivel cognitivo a los 14-15 años. Los resultados mostraron que los adolescentes de las madres con ansiedad elevada durante la semana 12-22 de gestación, presentaban una respuesta más rápida y cometían más errores en la condición objetivo de la tarea del Encoding task, un subtest de la Amsterdam Neuropsychological Tasks (ANT; De Sonneville, 1999), indicando una mayor impulsividad en su patrón de respuestas. Además, también presentaban puntuaciones más bajas en dos subtest del WISC-R (Vander Steene et al., 1986) (el subtest vocabulario de la escala verbal y el subtest cubos de la escala manipulativa). Tanto los resultados en el Encoding task, como en las dos mediciones con el WISC-R, siguieron siendo significativos después de controlar las puntuaciones del estado de ansiedad de la madre en el último periodo de embarazo y el posparto. Los autores sugieren por tanto, que los niveles elevados de ansiedad durante la primera mitad del embarazo, podría tener efectos negativos en el desarrollo cerebral del feto, que podría traducirse en una mayor impulsividad y una menor capacidad de sus habilidades intelectuales en la adolescencia (Van den Bergh et al., 2005b).

Pocos años después Talge et al. (2007) llevaron a cabo una revisión de la evidencia de los estudios prospectivos sobre cómo el estrés durante el embarazo podía estar relacionado con una mayor vulnerabilidad de los hijos, al desarrollo de problemas emocionales y cognitivos, incluyendo un mayor riesgo de TDAH, ansiedad y retraso en el lenguaje. Los autores afirman que a la luz de sus resultados, los problemas emocionales y conductuales de los niños son atribuibles al estrés y/o ansiedad prenatal de la madre en aproximadamente un 15%. Los autores refieren que sus hallazgos son independientes de los efectos debidos a la DPP y la ansiedad. Pero sin embargo, apuntan que los mecanismos implicados en esta interacción todavía no son del todo conocidos. Es posible que los efectos de la ansiedad y el estrés de las mujeres embarazadas en el desarrollo del feto y el niño, sean moderados por otros factores de diferente índole, tales como la calidad de la relación de pareja o la respuesta del cortisol materno al estrés (Talge et al., 2007).

La evidencia más reciente sigue esta vertiente, diversos estudios han mostrado como los síntomas de ansiedad prenatal se asocian a síntomas depresivos y de ansiedad en la infancia (Barker et al., 2011; Blair et al., 2011; Davis y Sandman, 2012; Velders et al., 2011) y la adolescencia (O'Donnell, Glover, Barker y O'Connor, 2014).

Como ya se ha explicado en capítulos anteriores, la ansiedad y la depresión son entidades patológicas en muchas ocasiones comórbidas, por lo tanto las asociaciones atribuidas a una, podrían incluir causas asociadas con la otra (Stein et al., 2014).

Uno de los trabajos destacados en esta línea es el amplio estudio de cohorte realizado por Van Batenburg-Eddes et al. (2013), no obstante sus resultados sobre las asociaciones entre los síntomas de depresión y ansiedad prenatal y los síntomas persistentes de TDAH en los niños, se mostraron débiles tras ajustar los datos de los síntomas maternos en el posparto. Por otra parte, hubo poca evidencia estadística de que la depresión prenatal materna y paterna y los síntomas de ansiedad, tuvieran un efecto sustancialmente diferente en los problemas de atención del niño/a. Finalmente, los autores concluyeron que el efecto a nivel intrauterino, de la depresión y la ansiedad materna, sobre el desarrollo de problemas conductuales de los niños/as puede explicarse, en parte, por los factores de confusión. Hubo pocas pruebas de una diferencia significativa entre la fuerza de las asociaciones de los síntomas maternos y paternos durante el embarazo, con los problemas de atención que manifestaban los niños/as. Estos autores proponen además, que los síntomas maternos en el periodo de posparto, que también se asociaron con problemas de comportamiento en los niños/as, puede indicar una contribución de las influencias genéticas a la asociación (Van Batenburg-Eddes et al., 2013).

En los últimos años la investigación ha ido innovando en sus hipótesis, Betts, Williams, Najman y Alati (2014) pretendían investigar la relación entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (valorados de forma simultánea) durante el embarazo y la aparición de efectos adversos en los niños hasta la edad de 5 años que podían predecir problemas de conducta. Su finalidad fue, explorar en qué momento y qué síntomas son más críticos para la predicción de problemas de conducta en los niños/as. Al mismo tiempo, los autores se propusieron estudiar los problemas de conducta en la adolescencia a través de la evaluación de los niños/as a la edad de 14 años. Se realizó la evaluación de la depresión, el estrés y la ansiedad mediante el uso de tres herramientas, el Delusions-States-Symptoms Inventory (DSSI, Bedford y Folds, 1977) para los síntomas de depresión y ansiedad, el Reeder Stress Inventory (RSI, Metcalfe et al., 2003) para los síntomas de estrés y en el seguimiento a los 14 años los adolescentes completaron el Achenbach youth self-report (YSR; Achenbach, 1991). Los cuatro momentos de evaluación de las mujeres se realizaron, en el periodo prenatal (primera visita médica), a los 3-5 días después del parto, a los 6 meses y a los 5 años del parto. En este estudio longitudinal se identificó que un grupo de mujeres presentaron niveles elevados de síntomas de depresión, estrés y ansiedad solo durante el embarazo y encontraron que solo este grupo predecía problemas de comportamiento internalizante en el adolescente. Después de ajustar los datos según factores de confusión (síntomas de

depresión y ansiedad concurrente de la madre, la historia previa de problemas de salud mental del padre, los EVEs de la madre, la calidad de la relación íntima de pareja y el contacto con el bebé) esta fue la única condición en la que se predijo los problemas de conducta internalizante en el adolescente. Según los autores este hallazgo potencia la importancia, no solo del periodo del embarazo, sino también de la importancia de no focalizarse en la depresión, la ansiedad o el estrés como entidades aisladas (Betts et al., 2014). Los autores contribuyen a aumentar la evidencia que apoya la idea de que niveles elevados de depresión, ansiedad y síntomas de estrés durante el embarazo temprano, incrementan el riesgo de desarrollar problemas de comportamiento internalizante en el adolescente.

Posteriormente, estos autores han llevado a cabo una ampliación de su estudio de 2014 (Betts et al., 2015) con el objetivo principal de determinar si la depresión prenatal y los síntomas de estrés y ansiedad de la madre, tenían el potencial de aumentar el riesgo de aparición de problemas de comportamiento y síntomas depresivos en los hijos en su edad adulta (21 años). Los resultados mostraron que, tras ajustar los factores de confusión prenatales y posnatales (EVEs de la mujer, la calidad de la relación íntima de pareja, el contacto con el bebé, así como la depresión y síntomas de ansiedad concurrente de la madre y la historia de problema de salud mental previa del padre) los hijos del grupo de madres que presentaban síntomas de depresión, ansiedad y estrés elevados durante el embarazo, pero no en periodos posteriores, experimentó un aumento de los síntomas depresivos y problemas de conducta que podían extenderse hasta su vida adulta. Además, los resultados mostraron que los síntomas depresivos de ansiedad y estrés expresados conjuntamente durante el embarazo podían predecir todos los resultados valorados sobre la salud mental de los hijos en la edad adulta. Los autores concluyen que su trabajo supone la primera evidencia de que los niveles subjetivos de depresión altos, la ansiedad y los síntomas de estrés experimentado en el embarazo temprano, pueden predecir problemas conductuales de internalización y externalización y síntomas depresivos en los adultos jóvenes (Betts et al., 2015).

Como hemos podido observar en este apartado, son numerosos los estudios que demuestran que la depresión o los síntomas depresivos durante el embarazo, pueden tener efectos adversos sobre el feto en desarrollo, repercusiones negativas en los recién nacidos y los niños e incluso en los adolescentes (Gentile, 2015). Tal y como dice Grigoriadis et al. (2013), los riesgos para la madre y el bebé derivados de la depresión

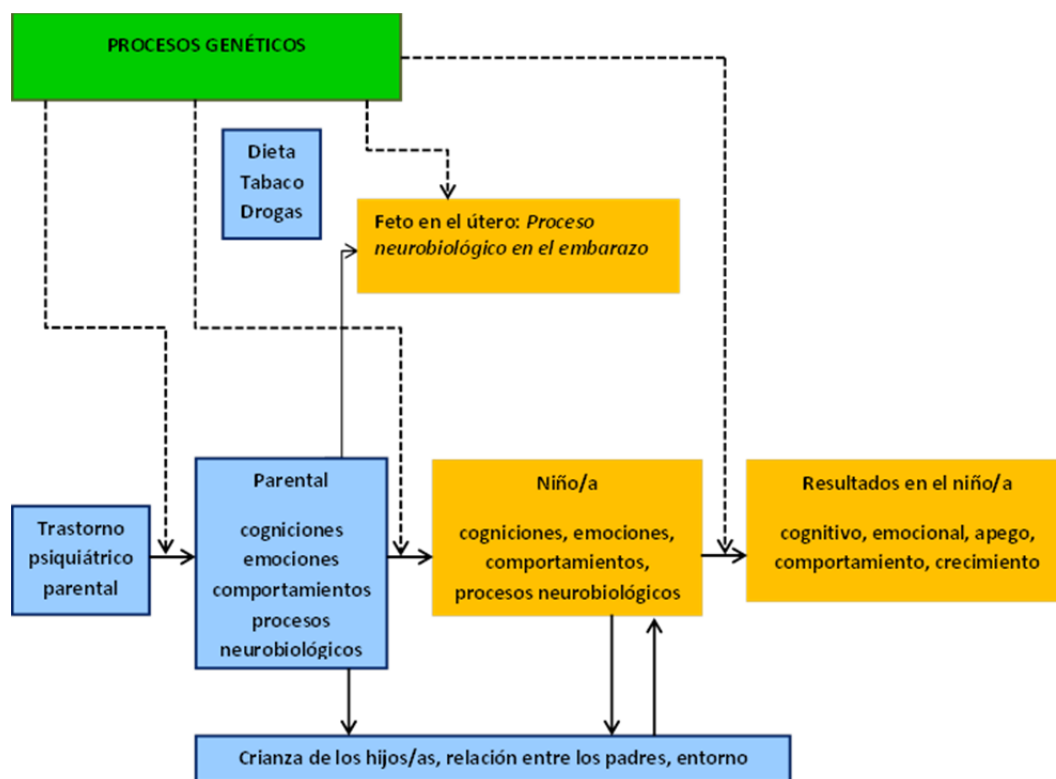
prenatal deberían ser tomados en consideración cuando se intentan tomar decisiones sobre posibles tratamientos.

Por todo ello, es fundamental poder establecer cuanto antes medidas de detección y tratamiento de la depresión prenatal en las mujeres, puesto que estas medidas podrían prevenir algunas de las consecuencias negativas, como la depresión de los hijos/as durante la infancia y su vida adulta. Además, no debemos olvidar dar prioridad a aquellas mujeres que se encuentran en situaciones menos favorecidas o cuenten con condiciones de mayor riesgo psicosocial (Pearson et al., 2013).

#### ***5.4 Factores causales y mediacionales entre la psicopatología materna y los efectos adversos en la descendencia***

Llegados a este punto, puede resultar interesante prestar atención a los mecanismos de acción que subyacen a la transmisión de las alteraciones descritas por los estudios, es decir, el posible vínculo entre la psicopatología de la mujer en el periodo perinatal y los resultados en el feto, los niños/as y los adolescentes. Del mismo modo, es importante intentar entender la función de los posibles factores moderadores de este vínculo o relación y, por último, comprender cuales de estos factores son potencialmente modificables.

Para ello citaremos los resultados del estudio llevado a cabo por Stein et al. (2014). De entrada los autores proponen un modelo (ver Figura 1) en el que, por un lado, los efectos de los mediadores biológicos de los trastornos prenatales (ambiente intrauterino) serían específicos de las madres, mientras que los efectos que ocurren después del nacimiento y los factores genéticos, podrían ocurrir si cualquiera de los dos progenitores se ve afectado por un trastorno.



**Figura 1- Posibles mecanismos que subyacen a la asociación de los trastornos psiquiátricos de los padres y los resultados en los niños/as (Stein et al., 2014)**

NOTA: Las líneas de puntos muestran los procesos genéticos. Las líneas continuas muestran interacciones. El color naranja hace referencia al niño/a. El color azul hace referencia a los padres. El verde representa los procesos genéticos.

El conocimiento sobre los procesos neuronales causales que suponen el fundamento biológico de los trastornos de la infancia, son más bien escasos (Rutter, 2001). Trabajos que ya hemos comentado con anterioridad como el de Van den Bergh y Marcoen (2004) sugieren que identificar los periodos durante los cuales el feto es especialmente sensible al efecto perjudicial de los niveles elevados de ansiedad de la madre, no solo podría tener implicaciones para las intervenciones preventivas y terapéuticas en mujeres embarazadas, sino que también de manera indirecta se podría revelar qué procesos del desarrollo temprano del cerebro son alterados.

En un intento de dar respuesta a los hallazgos de la multitud de estudios que como hemos visto, muestran alteraciones en la descendencia de mujeres con trastornos emocionales en el periodo perinatal, autores como O'Connor et al. (2003) recurren a la hipótesis de la programación fetal o perinatal. Ésta establece que cuando determinados factores perturbadores actúan durante los periodos específicos sensibles del desarrollo, ejercen efectos sobre la programación u organización de algunos factores de adaptación en una variedad de sistemas (p.ej, en el sistema metabólico, cardiovascular o del sistema inmune) a través de diferentes mecanismos subyacentes (Barker, 1998, 2002; Coe, Lubach y Karaszewski, 1999; Nathanielsz, 1999). Lo que ocurre es que si el

ambiente cambia en el futuro, el organismo no es capaz de readaptarse ya que los factores de ajuste programados previamente no son capaces de hacerlo. La plasticidad de los sistemas biológicos está afectada y limitada durante su desarrollo, esto supone una mala adaptación a los cambios y en última estancia predispone a enfermedad o trastorno (Welberg y Seckl, 2001).

Diversos estudios han ido demostrando que las alteraciones en el eje HPA y los niveles de moléculas biológicas del cerebro como las monoaminas, están asociados con varios trastornos en los seres humanos (Herlenius y Lagercrantz, 2001; Herman et al., 2003; Huizink et al., 2004a; Ladd et al., 2000; Maccari et al., 2003; Weinstock, 2001; Welberg y Seckl, 2001). Por su parte, Van den Bergh y Marcoen (2004) sugieren en sus conclusiones, que los hijos de las mujeres de su estudio que presentaban niveles elevados de ansiedad, podrían presentar una alteración en la programación prenatal de los circuitos monoaminérgicos cerebrales, del eje HPA y del sistema límbico por la influencia de las hormonas relacionadas con la ansiedad entre la 12 y 22 semana de gestación. Los autores concluyen que las alteraciones emocionales maternas afectan el desarrollo neuroconductual del feto, en su trayectoria de desarrollo de la vida prenatal en adelante. Añaden además que la proporción de la varianza explicada por la ansiedad materna prenatal era más fuerte que la proporción explicada por la ansiedad materna posnatal.

Stein et al. (2014) apuntan que es probable que los factores de riesgo genéticos, expliquen parte de la asociación que en ocasiones existe entre los trastornos mentales de los padres (en cualquier momento del periodo perinatal) y la susceptibilidad del niño/a para desarrollar algunos problemas o dificultades. Existe un creciente interés en la idea de que los polimorfismos génicos podrían moderar los efectos adversos de algunos eventos en la vida temprana, como la influencia de los trastornos mentales maternos sobre el desarrollo infantil (Stein et al., 2014). Sin embargo, la evidencia científica demuestra una contribución importante de los factores ambientales en el desarrollo de trastornos mentales (Kendler y Gardner, 2001). Las correlaciones entre los factores genéticos y ambientales (Rice et al., 2010) podrían explicar parte de la varianza en las asociaciones entre los trastornos mentales de los padres y los resultados de los niños/as.

A pesar de que existen algunos estudios sobre los efectos individuales en la interacción genética y medio ambiente cuando se aplica tanto al periodo prenatal (Weikum et al., 2013) como posnatal (Jonas et al., 2013), los resultados a menudo no se replican. Stein et al., (2014) señalan que el efecto de las variaciones genéticas

individuales en la modificación de las exposiciones ambientales, es probable que sean muy pequeñas y la susceptibilidad genética al ambiente quedaría definida por muchas variaciones en el genoma.

Dentro de las diferentes causas que pueden estar relacionadas con las asociaciones existentes entre los problemas de salud mental de los padres y los efectos adversos en los niños/as, no debemos pasar por alto la influencia de la epigenética. Como ya se ha explicado en capítulos anteriores, este concepto hace referencia a la modificación de la expresión de los genes mediante algún proceso, como por ejemplo, la metilación, sin cambiar la secuencia de nucleótidos del ADN. Este es uno de los mecanismos que los expertos proponen para explicar los efectos de las experiencias tempranas de la vida, incluyendo el entorno perinatal, sobre los fenotipos biológicos y de comportamiento a largo plazo (Stein et al., 2014).

Estudios preliminares llevados a cabo con humanos apuntan que el estrés prenatal y la ansiedad aumentan los receptores de glucocorticoides (moléculas relacionadas con la respuesta de estrés) y el proceso de metilación en los niños/as (Oberlander et al., 2008). Teniendo en cuenta estos resultados, la epigenética podría plantearse como una vía que media en la asociación entre los trastornos mentales maternos y los resultados en los niños/as, pero se necesita acumular mayor cantidad de evidencia científica para probar empíricamente esta hipótesis.

Como ya se ha comentado en capítulos anteriores, en numerosas ocasiones los trastornos mentales o la sintomatología relacionada que se experimenta durante el embarazo, continua en el periodo posparto, por ello la investigación plantea interrogantes acerca de la forma de relación existente entre la exposición prenatal y posnatal y el grado en que dicha relación provoca o contribuye a la obtención de resultados adversos en el desarrollo fetal o el desarrollo del niño/a. En particular, se plantea si los resultados adversos son debidos al efecto directo en el desarrollo fetal o porque los síntomas prenatales continúan afectando después del nacimiento. Por su parte, Stein et al. (2014) plantean en su estudio, una serie de mediadores y moderadores, que pueden contribuir o influir en las asociaciones entre la sintomatología o el trastorno mental y las consecuencias en el feto o el niño/a.

En primer lugar, los autores recogen la hipótesis de *la programación perinatal del feto* como un moderador muy destacado en la aparición de las alteraciones en el feto o posteriormente en el niño/a.

Como ya se ha explicado en líneas anteriores, la hipótesis de la programación fetal, hace referencia a la capacidad de adaptación de los sistemas biológicos a los

estímulos del ambiente durante periodos específicos del crecimiento y desarrollo fetal considerados de alta sensibilidad (Olza, 2006). De modo que si determinados sistemas realizan adaptaciones poco adecuadas en etapas tempranas de su desarrollo podrían dar lugar a conductas mal adaptadas ante situaciones o estímulos posteriores.

Por ejemplo, la ansiedad en el embarazo se ha asociado con alteraciones en el sistema HPA como la hiporegulación de la enzima que metaboliza el cortisol, la cual se encarga de proteger al bebé en el útero de concentraciones excesivas de cortisol (Glover, O'Connor y O'Donnell, 2010). Por ello, los autores insisten que, la disminución de la expresión de esta enzima podría ser un mecanismo por el cual la ansiedad prenatal pueda afectar al feto, incluso en presencia de concentraciones normales de cortisol maternal. Es importante destacar que, aunque el modelo actual que presentan algunos expertos se basa en los efectos adversos del estrés prenatal, los datos clínicos sugieren la posibilidad de una asociación no lineal entre la depresión prenatal y el estrés fetal (Fernandes et al., 2014).

En segundo lugar, *la programación materna para dispensar los cuidados al bebé*, los autores sugieren que los trastornos mentales durante el embarazo podrían desencadenar cambios a nivel neurocognitivo en la madre que afectarían al modo en que esta pueda responder a las necesidades del bebé. La depresión prenatal se asocia con una reducción en la respuesta hacia el bebé independientemente de la DPP (Pearson et al., 2012). Esta interrupción de la programación materna para el cuidado del bebé, podría explicar al menos en parte, como la depresión prenatal se asocia con estilos de apego inseguro independientemente de la DPP (Hayes et al., 2013) y un mayor riesgo de que los niños sean expuestos a maltrato (Pawlby, Hay, Sharp, Waters y Pariante, 2011).

Por otra parte refieren que, *la exposición crónica a los problemas de salud mental de la madre* puede entenderse como un posible mediador, ya que, varios estudios han demostrado que la exposición continua o recurrente a estos durante la vida del niño puede favorecer la aparición de los efectos adversos (Evans et al., 2012; Letourneau, Tramonte y Willms, 2013; Naicker, Wickham y Colman, 2012). Numerosos estudios muestran de forma consistente que, la gravedad y la duración de los trastornos mentales y en particular la persistencia después del periodo posnatal, pueden ser moderadores importantes (Abel, Webb, Salmon, Wan y Appleby, 2005; Campbell et al., 2004; Quevedo et al., 2012).

Algunos estudios demuestran que importantes moderadores potenciales de las asociaciones entre los trastornos perinatales y los resultados de los niños están



relacionados con variables de carácter *sociodemográfico* como, el nivel socioeconómico o el nivel educativo de la madre (Lovejoy et al., 2000). Un claro ejemplo puede verse en el estudio que ya hemos comentado anteriormente de Pearson et al. (2013), en el que el nivel educativo de la madre resultó ser un moderador clave; solo los niños de madres con un nivel educativo bajo mostraron un mayor riesgo de depresión a los 18 años.

Muchos son los factores adicionales que acentúan el riesgo de resultados adversos en los hijos y algunos de estos adquieren una dimensión más bien *social o familiar*, puesto que ya no solo intervienen las alteraciones propias de la mujer. Goodman et al. (2011) proponen la condición de familia monoparental, la paternidad en edad adolescente (en los sectores de población de bajo nivel socioeconómico) y la falta de armonía familiar, como posibles factores moderadores de la aparición de alteraciones en los hijos/as (Goodman et al., 2011). También los *conflictos parentales*, se proponen como posibles mediadores ya que los trastornos mentales perinatales están asociados con un mayor riesgo de conflicto entre los padres, la ruptura de relaciones personales, y la violencia doméstica (Howard, Oram, Galley, Trevillion y Feder, 2013) que, a su vez, afecta negativamente a los niños (Flach et al., 2011). Asimismo, desde otro punto de vista, variables como el apoyo social y emocional, incluyendo el apoyo de la pareja, reduce las asociaciones entre la DPP y las alteraciones en el desarrollo cognitivo temprano (McManus y Poehlmann, 2012).

Finalmente, el *estilo de crianza de los hijos*, se ha considerado como uno de los mediadores más importantes. Los síntomas de los trastornos mentales pueden afectar a la capacidad de una persona para responder a su medio ambiente, y por lo tanto también a su capacidad para la crianza de los hijos (Stein et al., 2014). Por ejemplo, las alteraciones en el estado de ánimo pueden hacer que resulte difícil para los padres centrar su atención y puede que altere la capacidad de proporcionar una respuesta contingente, que garantice un cuidado adecuado de su bebé (Stein et al., 2012) y la adecuada atención a sus necesidades emocionales (Murray, Halligan y Cooper, 2010). Por último, cabe añadir que la sucesión de efectos adversos no es solo unidireccional, la crianza de algunos niños y niñas resulta más difícil debido a algunos factores o características de los mismos como por ejemplo, los que lloran de forma muy habitual, no duermen bien y son emocionalmente muy reactivos. Estas características del bebé podrían provocar cambios en el estado de ánimo de los padres, lo que podría establecer un ciclo de efectos bidireccionales entre madre e hijo (Stein et al., 2014). Algunos estudios muestran como la alta irritabilidad en los niños pequeños está fuertemente

asociada con la aparición de la depresión materna a las 8 semanas en el posparto (Murray, Stanley, Hooper, King y Fiori-Cowley, 1996).

Por último, cabe mencionar otro tipo de factores de carácter intrínseco como el sexo, que también ha sido propuesto como posible moderador, a pesar de que los resultados son inconsistentes. Aun así, ciertos estudios como el de Goodman et al. (2011) han sugerido que las niñas pueden ser más susceptibles a los resultados adversos de tipo emocional, mientras que los niños pueden presentar mayor susceptibilidad a las alteraciones de carácter conductual y cognitivo (Grace, Evindar y Stewart, 2003).

A pesar de que en los últimos años se ha avanzado mucho en la investigación, es necesario seguir invirtiendo esfuerzos, para lograr la comprensión de los mecanismos subyacentes que intervienen en la aparición de los efectos adversos en el feto o el niño/a, de las madres con problemas de salud mental. Sobre todo, es clave detenerse en el estudio de aquellos factores susceptibles de ser modificados, para que de este modo puedan desarrollarse estrategias de detección temprana en los grupos de riesgo e intervenciones que garanticen un abordaje adecuado basado en la evidencia.

Los autores Stein et al. (2014) concluyen en su trabajo que aunque existen asociaciones entre las alteraciones en la salud mental de las madres (pudiendo incluir ambos progenitores en el periodo posnatal) y un mayor riesgo de aparición de resultados adversos en el niño/a, en la mayoría de los casos los tamaños del efecto son de pequeños a moderados. Por otra parte, en su trabajo identificaron factores moderadores como, un bajo nivel socioeconómico, un bajo nivel educativo, la falta de apoyo social (incluyendo el apoyo de la pareja o cónyuge), y la persistencia de la enfermedad de los padres, que pueden intervenir en el riesgo de resultados adversos del niño/a. Los autores refieren también que, a pesar de la adversidad, muchos niños y niñas en este tipo de situaciones se desarrollan con normalidad y se mantienen sanos, demostrando así la capacidad de recuperación respecto a la atención de los padres y su desarrollo. Aun así, los autores advierten de la gran necesidad de elaborar estrategias globales que se centren en la integración de la salud mental perinatal en la salud pública y procuren una atención integral de los padres y el niño/a en todo el periodo perinatal (Stein et al., 2014).

## 6 Evaluación del estado psicológico prenatal

En el presente capítulo presentamos brevemente los instrumentos que, según la bibliografía científica consultada, son más frecuentemente utilizados para evaluar la depresión en las mujeres que se encuentran en la etapa prenatal.

Actualmente, podemos contar con diferentes tipos de instrumentos según el momento de evaluación en el que nos encontremos. En el caso de intentar determinar un diagnóstico categorial, las entrevistas clínicas estructuradas o semi-estructuradas son las herramientas de elección. Si tratamos de cuantificar de manera dimensional la gravedad del trastorno, las escalas y cuestionarios son el método más adecuado a elegir. Además, estos instrumentos se utilizan habitualmente en cualquier etapa del proceso terapéutico, mientras que las entrevistas diagnósticas suelen ser instrumentos más apropiados para el inicio o final del proceso terapéutico (Vázquez, Hernangómez, Nieto y Hervás, 2006).

No debemos perder de vista que existen numerosos instrumentos específicos que nos pueden ayudar a evaluar áreas muy diversas del funcionamiento de la persona (apoyo social, esfera emocional, conductual o cognitiva, ajuste con la pareja, etc.) y que en nuestro caso son sumamente importantes, es por ello que en este punto haremos referencia a algunas de las escalas de evaluación tanto psicopatológica como psicosocial.

Antes de empezar conviene tener en cuenta que el conjunto de instrumentos de evaluación utilizados en la presente investigación serán explicados en el marco experimental del estudio con el fin de no duplicar información.

### 6.1 Entrevistas clínicas diagnósticas

La entrevista clínica diagnóstica, tanto en su modalidad de estructurada, semi-estructurada o abierta, es el método más destacado para la evaluación de los trastornos mentales. Desde una perspectiva categorial, es el instrumento que nos permite llegar a una descripción concreta de las manifestaciones clínicas (Vázquez et al., 2006). Existe cierta discrepancia respecto al formato de las entrevistas, siendo las semi-estructuradas las que han mostrado ser más útiles puesto que incrementan la fiabilidad del diagnóstico establecido y ofrecen la oportunidad de efectuar diagnósticos categoriales formales (Vázquez et al., 2006).

Aunque resulten considerablemente útiles, no están exentas de limitaciones, por ejemplo, las entrevistas se muestran menos ventajosas a la hora de captar algunos aspectos también importantes como el estilo de interacción, la conducta motora, la actitud de la persona, la comunicación no verbal o el aspecto personal (Vázquez et al., 2006).

A continuación, expondremos de modo resumido algunas de las entrevistas estructuradas más destacadas para la realización de diagnósticos categoriales DSM o CIE.

ENTREVISTAS CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS				
Instrumentos	Autores	Características generales	Propiedades psicométricas	Adaptaciones
<i>Structured Clinical Interview for DSM-5</i> (SCID-5)	APA (2015)	Entrevista semi-estructurada para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos según criterios DSM-5 (APA, 2013).	Características similares a su predecesora SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999) que mostró fiabilidad entre entrevistadores con valores kappa entre 0.70-1.  No hay datos psicométricos publicados para SCID-5.	
<i>Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5</i> (ADIS-5)	Brown y Barlow (2013)	Entrevista estructurada para el diagnóstico de la ansiedad actual, los trastornos de estado de ánimo, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados (p.ej, síntomas somáticos o consumo de sustancias).  Permite el diagnóstico diferencial entre estos trastornos según los criterios del DSM-5 (APA, 2013).	Características similares a su predecesora ADIS-IV (Brown Di Barlow y Nardo, 1994) que demostró una fiabilidad 0.79 (fobia social), 0.85 (agorafobia), 0.59 (pánico) y 0.42. (trastorno de ansiedad generalizada) y una fiabilidad test-retest entre 0.68-1.  No hay datos psicométricos publicados para ADIS-5.	Existen dos adaptaciones españolas de la ADIS-I, una versión para trastorno de pánico y agorafobia de Botella y Ballester (1997) y una versión para fobia social de Echeburúa y Botella (1995).
<i>Mini-International Neuropsychiatric Interview para el DSM-5</i> (MINI-5)	Sheehan (2015)	Entrevista estructurada que evalúa ansiedad, estado de ánimo y los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados.	Características similares a su predecesora MINI (Lecrubier et al., 1997) que mostró fiabilidad con valores kappa entre 0.41-0.68. Sensibilidad entre 0.41 y 0.86, y especificidad entre 0.84 y 0.97.  No hay datos psicométricos publicados para MINI-5.	

<i>Diagnostic Interview Schedule</i> (DIS)	Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff (1981)	<p>Entrevista altamente estructurada para el diagnóstico según criterios DSM. Explora los síntomas y su gravedad junto otras cuestiones (toma de medicación, el grado de interferencia).</p> <p>Recoge información demográfica y evalúa el funcionamiento en diferentes áreas (familiar, social, etc.).</p>	Datos de fiabilidad y validez adecuados (fiabilidad entrevistador/co-entrevistador: K= 0.94; acuerdo entre clínicos/no-clínicos: K= 0.95).	
<i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI)	Robins (1989)	<p>Entrevista estructurada que utiliza criterios diagnósticos de la CIE-10 y el DSM.</p> <p>Formada por módulos que pueden ser aplicados de forma global o por áreas específicas (trastornos somatomorfos, de ansiedad, depresivos, psicóticos, de la conducta alimentaria, alteraciones cognitivas, por abuso de sustancias y manía).</p>	Datos de fiabilidad entre entrevistadores y de test-retest muy altos para todas las categorías diagnósticas, con valores de Kappa superiores al 0.7.	

## **6.2 Escalas**

Las escalas son herramientas muy útiles a la hora de evaluar la gravedad del problema o el grado en que este afecta a la vida de una persona. La mayoría evalúan la gravedad de los síntomas en una escala de varios puntos. Además, algunas emplean un criterio de frecuencia, duración o intensidad de los síntomas (Vázquez et al., 2006).

En las escalas de observación o también llamadas hetero-aplicadas, es el clínico quien evalúa la gravedad del paciente. Son útiles en pacientes poco colaboradores, que les cuesta concentrarse o entender el lenguaje escrito. Además, permiten evaluar síntomas psicomotores, somáticos, etc. que de otra forma resultan difíciles de valorar. Por otra parte, las escalas auto-aplicadas son aquellas cumplimentadas por el propio paciente, según percibe su criterio, por tanto, informan sobre la propia visión del paciente, se pueden utilizar de modo reiterado, son fáciles de completar y económicas (Vázquez, 1995).

### **6.2.1 Escalas de observación**

A continuación se explican brevemente algunas de las escalas de observación más destacadas para la evaluación de la depresión

.

ESCALAS DE OBSERVACIÓN				
Instrumentos	Autores	Características generales	Propiedades psicométricas	Adaptaciones
<i>Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton</i> (HRSD)	Hamilton (1967)	<p>Instrumento que cuantifica la sintomatología, una vez ya se ha diagnosticado el trastorno de forma categorial.</p> <p>Formado por 17 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas, cada ítem se valora con la elección de una de las afirmaciones (de 0 a 4 o de 0 a 2).</p> <p>Las puntuaciones varían de 0 a 52 y los puntos de corte son: 0–6 (no depresión), 7-17 (depresión ligera); 18-24 (depresión media), 25-52 (depresión grave).</p>	<p>La fiabilidad, presenta un valor interjueces alto y una buena correlación con la impresión clínica de expertos (cercana a 0.90).</p> <p>Las correlaciones con otros instrumentos de observación como las escalas auto-aplicadas, son moderadamente altas.</p> <p>Es una escala muy sensible para detectar cambios debidos al tratamiento.</p>	
<i>Escala de Evaluación de la Depresión de Montgomery-Asberg</i> (MADRS)	Montgomery y Asberg (1979)	<p>Evalúa el cambio y los efectos del tratamiento.</p> <p>Formada por 10 ítems que evalúan: estado de ánimo, ansiedad, síntomas somáticos y anhedonia.</p> <p>Cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert de 7 puntos (0= ausencia del síntoma a 6=máximo nivel de gravedad del síntoma). La puntuación total es la suma de todos los ítems (puntuación &lt;10 indica la ausencia del trastorno depresivo y puntuación ≤9 indica ausencia de depresión).</p>	<p>Fiabilidad inter-jueces oscila entre 0.89 y 0.95.</p> <p>La correlación con la HDRS es de 0.95. También se ha demostrado una correlación de 0.70 con una evaluación clínica global y de 0.81 con la subescala de la HADS.</p>	Versión en castellano de Lobo et al. (2002) con propiedades psicométricas adecuadas (consistencia interna coeficiente <i>alfa</i> de Cronbach de 0.88, la fiabilidad test-retest y fiabilidad entre observadores de a 0.90).



## **6.2.2 Escalas auto-aplicadas**

### **6.2.2.1 Escalas auto-aplicadas generales para la evaluación de la depresión**

En este apartado describiremos las características básicas de las escalas más utilizadas para la evaluación de la depresión.

ESCALAS AUTO-APLICADAS GENERALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN				
Instrumentos	Autores	Características generales	Propiedades psicométricas	Adaptaciones
<i>*Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos</i> (CES-D)	Radloff (1977)	<p>Se utiliza para la evaluación rápida de la frecuencia de los síntomas depresivos en la última semana en población general.</p> <p>La escala tiene cuatro alternativas, de 0 a 3 (0= raramente o nunca y 3= la mayor parte del tiempo).</p> <p>Las puntuaciones van de 0 a 60: puntuaciones altas indican mayor gravedad. A partir de 16 se habla de trastorno depresivo.</p>	Las propiedades psicométricas de la versión en español del CES-D son excelentes en cuanto a factorización y consistencia interna.	En la validación de Soler et al. (1997) el instrumento obtiene una alfa de 0.90.
<i>*La escala de Depresión Auto-aplicada de Zung</i> (ZSDS)	Zung, Richards, y Short (1965)	<p>Escala que valorar la frecuencia de la depresión.</p> <p>Formada por 20 ítems, cada uno se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos de 1 a 4 (1=poco tiempo a 4=la mayor parte del tiempo).</p> <p>Los puntos de corte son : 20-35 (ausencia de depresión, 36-51 (depresión ligera), 52-67 (depresión media), 68-100 (depresión grave).</p> <p>No resulta adecuada para valorar la sintomatología ansiosa elevada.</p>	Buena validez concurrente con otras escalas, por ejemplo las relaciones entre la ZSDS y la HDRS varían entre 0.50 y 0.79.	Adaptación al castellano por Conde y Escribá y Izquierdo (1969).

<p><i>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión</i> (HADS)</p>	<p>Zigmond y Snaith (1983)</p>	<p>Evalúa los síntomas depresivos y la ansiedad en pacientes con problemas médicos, no psiquiátricos.</p> <p>Está formada por 14 ítems (7 para depresión y 7 para ansiedad).</p> <p>La puntuación se realiza mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos con diferentes formulaciones de respuesta.</p> <p>Puntos de corte para las dos subescalas: 0-7 (normal), 8-10 (caso probable) y más de 11 (caso de ansiedad o de depresión).</p>	<p>Fiabilidad adecuada, con un coeficiente <i>alfa</i> de Cronbach de 0.81 para la subescala de ansiedad y de 0.82 para la de depresión.</p> <p>En cuanto a su validez, muestra correlaciones con el BDI de 0.74.</p>	<p>Validación al castellano por Tejero et al. (1986).</p> <p>La HADS (Zigmond y Snaith, 1983) buenas propiedades psicométricas con población española.</p>
<p><i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ)</p> <p>Versiones:            *PHQ-9 (Kroenke et al., 2001)            PHQ-4 (Kroenke, Spitzer, Williams y Lowe, 2009)            PHQ-2 y GAD-2 (Kroenke, Spitzer y Williams, 2003; Kroenke et al., 2007)</p>	<p>Spitzer, Kroenke y William (1999)</p>	<p>Instrumento de cribado para la depresión basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994).</p> <p>Permiten detectar, entre otros, la presencia de trastornos depresivos, ansiedad y somatizaciones.</p>	<p>Presenta unos valores de coeficiente Kappa = 0.65, una sensibilidad de 0.75 y especificidad de 0.90.</p>	<p>Validado al castellano por Díez-Quevedo et al. (2001) en una muestra de pacientes hospitalizados.</p> <p>Buenas propiedades psicométricas.</p>

\*Instrumento recomendado por la ACOG (2015) para el screening de la depresión perinatal

#### **6.2.2.2 Escalas auto-aplicadas generales para la evaluación psicosocial y psicopatológica**

Tal y como ya hemos adelantado al inicio del capítulo, además del estado de ánimo también la valoración de otros aspectos psicológicos y de otras áreas de la vida de las personas son fundamentales para lograr una evaluación completa. A continuación, se presenta de manera resumida, algunos de los instrumentos más utilizados.

ESCALAS AUTO-APLICADAS GENERALES PARA LA EVALUACIÓN PSICOSOCIAL Y PSICOPATOLÓGICA				
Instrumentos	Autores	Características generales	Propiedades psicométricas	Adaptaciones
<p><i>Cuestionario de Salud General</i> (GHQ-12)</p> <p>Versiones: GHQ-60 (original: Goltberg, 1978) GHQ-30 y GHQ-12</p>	Goldberg y Williams (1988)	<p>Instrumento de screening, para detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos sanitarios o en población general.</p> <p>Formada por 12 ítems que se califican en una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-1), donde (0 = “No, en absoluto” e “Igual que lo habitual”; y 1=“Bastante más que lo habitual”, y “Mucho más que lo habitual”).</p>	<p>Todas las versiones presenta adecuada consistencia interna entre 0.82 y 0.93.</p> <p>La fiabilidad test-retest de estas versiones está entre 0.50 y 0.90.</p> <p>La sensibilidad del conjunto se presenta entre el 44% y el 100% y la especificidad entre el 74% y el 93%.</p>	Las propiedades psicométricas del GHQ-12 en España fueron analizadas en adolescentes (López-Castedo y Fernández, 2005), puérperas (Navarro et al., 2007) y en adultos (Sánchez-López y Dresh, 2008).
<p><i>Cuestionario de los 90 síntomas Revisado</i>(SCL-90R)</p>	Derogatis (1983)	<p>Evalúa manifestaciones psicopatológicas vividas la última semana (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo).</p> <p>Formada por 90 ítems, cada uno se puntúa en una escala de cuatro puntos de 0 a 4 (0=nada en absoluto a 4=mucho o extremadamente).</p> <p>Permite obtener un perfil sintomatológico y tres índices globales de malestar: Índice de Severidad Global, Total de Síntomas Positivos e Índice de Malestar por Síntomas Positivos.</p>	<p>La fiabilidad test-retest es de 0.78-0.90 en una semana y de 0.68-0.80 tras diez semanas.</p> <p>En cuanto a la validez, la subescala de depresión correlaciona con el BDI-II (0.73-0.80) o la subescala de síntomas obsesivo compulsivos con la Escala de Obsesión Compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS) en 0.76.</p>	<p>La versión en castellano de González de Rivera (2002) está formada por las nueve dimensiones y los tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global.</p> <p>Buenas propiedades psicométricas.</p>

<i>Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)</i>	Weissman y Beck (1978)	<p>Evalúa las actitudes y creencias relacionadas con las cogniciones que subyacen a la depresión.</p> <p>Originalmente formada por 100 ítems evaluados en una escala Likert de 7 puntos (1=totalmente en desacuerdo y 7=totalmente de acuerdo).</p> <p>Se construyeron dos formas paralelas más breves (DAS-A y DAS-B) de 40 ítems cada una.</p>	DAS-A: coeficiente <i>alfa</i> entre 0.79 y 0.92 y una correlación test-retest con un intervalo de 3 meses de 0.77.	La adaptación española de la DAS-A de Sanz y Vázquez (1993) es muy similar a la original y presenta buenas propiedades psicométricas.
<i>Attributional Style Questionnaire (ASQ)</i>	Seligman et al. (1979)	<p>Evalúa la respuesta sobre la causa de 12 situaciones hipotéticas que pueden ocurrir en la vida cotidiana (6 situaciones positivas y 6 negativas).</p> <p>Además se deben responder 3 preguntas sobre las propias respuestas que evalúan tres dimensiones atribucionales (interno-externo, estable-inestable y global-específico).</p>	Presenta una consistencia interna con un coeficiente de <i>alfa</i> de 0.75 para el compuesto positivo y de 0.72 para el negativo, y una fiabilidad test- retest de 0.70 para el compuesto positivo y 0.74 para el negativo.	La adaptación española de Palomares y Sanjuán, (1995) y Sanjuán y Magallares, (2005) presenta buenas propiedades psicométricas.
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	Beck, Epstein, Brown y Steer (1988)	<p>Evalúa la presencia y severidad de los síntomas de la ansiedad, para distinguirla de la depresión.</p> <p>Formada por 21 ítems sobre los síntomas experimentados la última semana.</p> <p>Los ítems se evalúan en una escala tipo Likert de cuatro puntos (0=Nada en absoluto a 3=Gravemente).</p>	Refiere buenas propiedades psicométricas, en el estudio original: fiabilidad, en cuanto a consistencia interna <i>alfa</i> de Cronbach de 0.92 y test-retest de 0.75 en un periodo de una semana.	Versión española de Sanz y Navarro (2003) con muestra española. Este y otros estudios (Magán, Sanz y García-Vera,2008) obtuvieron buenas propiedades psicométricas.

<i>Inventario de expresión de Ira Estado-2 (STAXI -2)</i>	Spielberger (1999)	<p>Evalúa con precisión la experiencia, la expresión y el control de la ira.</p> <p>Está formado por 57 ítems, en 6 escalas, 5 subescalas y un Índice de Expresión de la Ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la Ira.</p> <p>Los ítems se valoran en una escala de 4 puntos, que indica o bien la intensidad o la frecuencia de sus sentimientos de ira.</p>	Se han mostrado resultados de una alta correlación test-retest, con un intervalo de 2 meses, tanto en el Rasgo de ira ( <i>alfa</i> de 0.71) como en las escalas de Expresión ( <i>alfa</i> de 0.59 y 0.61).	La adaptación española de Miguel, Casado y Cano (2001) presenta buenos datos psicométricos.
<i>Mood Disorder Questionnaire</i>	Hirschfeld et al. (2000)	<p>Detecta los trastornos del espectro bipolar (Trastorno Bipolar tipo I, tipo II y Trastorno Bipolar no especificado).</p> <p>Formado por tres apartados: 13 preguntas cerradas sobre los síntomas de manía/hipomanía; agrupación de síntomas e impacto de los síntomas en la calidad de vida.</p>	<p>La fiabilidad, en términos de consistencia interna es de 0.90. La sensibilidad es del 73% y la especificidad del 90%.</p> <p>Se establece un punto de corte de 7 puntos omitiendo los apartados 2 y 3 (sensibilidad del 87% y especificidad del 87%).</p> <p>Para la población de mujeres en el posparto se refiere un punto de corte de 8 (sensibilidad del 88% y especificidad del 83%).</p>	La adaptación española de Moreno et al. (2005) presenta una equivalencia perfecta y una buena comprensión de los ítems.

<p><i>Inventario de Personalidad NEO Revisado</i> (NEO PI-R)</p> <p>Versiones: NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI, computerizado)</p>	<p>Costa y McCrae (1992)</p>	<p>Evalúa 30 facetas de 8 ítems cada una, que se agrupan en los cinco dominios (Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad).</p> <p>La versión NEO-FFI consta de 60 ítems distribuidos en cinco escalas de 12 ítems que mide los cinco rasgos de personalidad en una escala de 5 puntos (0=totalmente en desacuerdo a 4=totalmente de acuerdo).</p>	<p>McCrae y Costa, 2004 en una revisión del NEO-FFI, demostraron buenos datos de validez y fiabilidad con <i>alfa</i> de Cronbach entre 0.75 y 0.82.</p>	<p>La versión española del NEO-PI-R de Cordero, Pamos y Seisdedos (1999) presenta buenas cualidades psicométricas.</p> <p>Marín, Carmona y Peñacoba (2014) recomiendan el NEO-FFI (Seisdedos, 1999) para la evaluación de los rasgos de personalidad de las mujeres en el periodo prenatal.</p>
<p><i>Inventario Multiaxial de Millon III</i> (MCMI-III)</p>	<p>Millon, Davis y Millon (1997)</p>	<p>Revisión adaptada al DSM-IV para la identificación de trastornos de personalidad y la valoración de los estilos cognitivos relacionados con los trastornos psicológicos.</p> <p>Formado por 175 ítems (formato verdadero/falso).</p> <p>Contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de personalidad clínicos (Depresivo, Evitativo, Esquizoide, Histriónico, Dependiente, Antisocial, Narcisista, Pasivo- Agresivo y Autodestructivo) y 3 subescalas que evalúan trastornos graves de la personalidad (Paranoide, Limite, Esquizotípica).</p>	<p>La fiabilidad en cuanto a consistencia interna presenta coeficiente <i>alfa</i> de Cronbach de 0.66 a 0.89 y tes-retest para el diagnóstico dimensional de 0.85 a 0.93 para dos semanas.</p> <p>Validez moderada en los estudios de las correlaciones dimensionales (la mayoría por encima de 0.50 pero no son elevados).</p> <p>La sensibilidad es del 60% y su poder predictivo alrededor del 69%.</p>	<p>La versión española de Cardenal y Sánchez (2007) es similar a la original, presentando buenas cualidades psicométricas.</p>



### **6.3 Escalas específicas para la evaluación psicológica perinatal**

Llegados a este punto, merece especial atención detenerse en explicar aquellas escalas que se encuentran disponibles para llevar a cabo la evaluación tanto del estado de ánimo, como de otros aspectos de carácter psicosocial en la población de mujeres que se encuentran en la etapa prenatal.

#### **6.3.1 Escalas auto-aplicadas para la evaluación de la depresión perinatal**

Una de las escalas más utilizadas para evaluar la depresión perinatal es la que hemos utilizado en la presente tesis doctoral, el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, y Sagovsky, 1987). Como hemos comentado anteriormente, en esta sección dedicada a la evaluación describiremos las escalas que no hemos utilizado en nuestro estudio. Así, el EPDS será descrito en detalle en el estudio empírico.

**Postpartum Depression Screening Scale** (PDSS; Beck y Gable, 2002). Este instrumento se desarrolló con el objetivo de facilitar la identificación de aquellas mujeres que están en riesgo elevado de desarrollar DPP. Consta de 35 ítems que evalúan siete dimensiones (alteraciones del apetito y sueño; ansiedad e inseguridad; labilidad emocional; deterioro cognitivo; sentimiento de inutilidad; culpa y vergüenza; pensamientos de autolesión). Cada dimensión contiene cinco ítems que representan una serie de sentimientos que la mujer puede experimentar. Las mujeres valoran su grado de conformidad con cada ítem en una escala de cinco puntos (1=muy en desacuerdo a 5=muy de acuerdo), que indica la forma en que se han sentido durante las 2 semanas anteriores. Las puntuaciones van de 35 a 135. El punto de corte que identifica síntomas significativos de depresión se ha establecido en 60. Del mismo modo una puntuación igual o mayor a 80 se considera un resultado positivo para la depresión mayor (Beck y Gable, 2002). Se trata de un instrumento de autoinforme breve, su tiempo de administración es aproximadamente de 5-10 minutos. En cuanto a sus propiedades psicométricas, presenta una sensibilidad entre el 91-94% y una especificidad entre 72-98%. Un análisis factorial confirmó la existencia de las siete dimensiones que forman la escala (Beck y Gable, 2000). Presenta una elevada consistencia interna, con *alfa* de Cronbach entre 0.83 y 0.94 (Beck y Gable, 2000). Aunque la PDSS presenta menor margen de validación que la EPDS, parece

funcionar de modo similar a la EPDS en términos de sensibilidad y especificidad como instrumento de cribado para la depresión (Myers et al., 2013).

Beck y Gable (2003) realizaron un estudio de validación de la PDSS para la versión española en grupos de población de mujeres estadounidenses de habla española (originarias de Méjico, Cuba, América Central o Sudamérica y Puerto Rico entre otros), los resultados psicométricos mostraron una elevada consistencia interna, los valores de *alfa* de Cronbach, en las dimensiones de la escala oscilaba entre un 0.76 y 0.90. La consistencia interna total de la escala también fue elevada (*alfa* de Cronbach de 0.95). Del mismo modo los valores de *alfa* de Cronbach por grupos de población de mujeres también se mostraron elevados (0.94 mujeres mejicanas; 0.96 mujeres puertorriqueñas y 0.93 otros grupos de mujeres de habla hispana). En definitiva los autores determinaron que aunque comparada con la versión original en inglés la fiabilidad y la validez era ligeramente inferior, esta versión de la PDSS presentaba propiedades psicométricas aceptables.

Tanto la EPDS como la PDSS son instrumentos validados propuestos por la ACOG para ser utilizados en el screening de la depresión perinatal (ACOG, 2015).

***The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System-6*** (PRAMS-6; Davis, Pearlstein, Stuart, O'Hara y Zlotnick, 2013). Originalmente la PRAMS fue desarrollado por el CDC (Centers for Disease Control) en 1987 como un sistema para la vigilancia de los problemas de salud en el embarazo, con el objetivo de evaluar la prevalencia de los problemas de salud en las mujeres en el periodo perinatal. La primera finalidad de esta herramienta, fue implementar la vigilancia de problemas de salud relacionados con el embarazo. Sin embargo, hasta después del año 2009, el cuestionario PRAMS no incluyó preguntas que evaluaran el estado de ansiedad o la depresión en el periodo posparto (O'Hara et al., 2012). Más tarde, en base a los ítems sobre depresión y ansiedad con mejores datos de validez, se elaboró la PRAMS-6, con 6 ítems para la valoración de los síntomas de depresión y ansiedad que son comunes entre las mujeres durante todo el periodo de posparto. Los 6 ítems que componen este instrumento se califican en una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos (1=nunca a 5=siempre). Al mismo tiempo, esta escala se desdobra en dos subescalas, la PRAMS-3D (tres ítems que miden síntomas de DPP) y la PRAMS-3A (tres ítems que miden síntomas de ansiedad).

Recientemente, Davis et al. (2013) han realizado un estudio con el objetivo de evaluar la precisión de dos medidas de detección de la depresión, la PRAMS-6 y PHQ-9, en comparación con el uso de las entrevistas clínicas SCID-I y HRSD-17. Los resultados

del estudio mostraron que la PHQ-9 correlacionó significativamente con la PRAMS-6 ( $r=0.681$ ,  $p<.001$ ,  $N=1392$ ), PRAMS-3D ( $r=0.647$ ,  $p<.001$ ,  $N=1392$ ), PRAMS-3A ( $r=0.549$ ,  $p<.001$ ,  $N=1392$ ) y la HRSD-17 ( $r=0.592$ ,  $p<.001$ ,  $N=914$ ). La HRSD-17 también mostró correlaciones significativas con la PRAMS-6 ( $r=0.502$ ,  $p<.001$ ,  $N=914$ ), la PRAMS-3D ( $r=0.471$ ,  $p<.001$ ,  $N=914$ ), y la PRAMS-3A ( $r=0.408$ ,  $p<.001$ ,  $N=914$ ). En este mismo estudio, el PRAMS-6 mostró un 81% de valor predictivo positivo (VPP) utilizando el punto óptimo de corte (una puntuación de 17) y un 63% de VPP con una sensibilidad del punto de corte del 80% (una puntuación de 15). La PRAMS-3D obtuvo una puntuación óptima de corte de 9 en el nivel de sensibilidad de 80% y un VPP de 70%.

La subescala de PRAMS-3A presentó unos valores más moderados de precisión comparada con la HRSD-17 y una precisión baja cuando se compara con la SCID-I. Davis et al. (2013) determinaron que los ítems de ansiedad en este estudio no eran suficientemente precisos para detectar la DPP.

El PRAMS-6 y su subescala de depresión (PRAMS-3D), mostraron ser dos predictores adecuados de DPP. Estas herramientas muestran una precisión comparable a la de PHQ-9, pero con solo seis o tres ítems. La precisión ligeramente reducida de estas escalas, en comparación con el PHQ-9, puede ser el reflejo del hecho de que la PRAMS-6 solo hace referencia a una pequeña muestra de síntomas que pueden estar presentes en la DPP. Sin embargo, esta falta de precisión era menor y resultó en más falsos positivos, lo cual, según los autores, puede ser menos problemático que la obtención de falsos negativos para la DPP (Davis et al., 2013).

Uno de los beneficios a la de PRAMS-6 con respecto a otros instrumentos breves de detección, es que los datos procedentes, tanto de la atención clínica como de la investigación, se pueden comparar con poblaciones más amplias y más diversas (en cuanto a su procedencia, etnia y cultura) de mujeres en el posparto, mediante el sistema de vigilancia de los CDC una vez que las preguntas se han incorporado en el Cuestionario de PRAMS, lo cual puede ofrecer información importante sobre DPP (Davis et al., 2013). Existe una versión en español del cuestionario PRAMS en los CDC del año 2008.

**Maternal Mood Screener (MMS;** Le y Muñoz, 1998). El MMS es una medida de 18 ítems, desarrollada siguiendo el modelo de la DIS (Robins, Helzer, Croughan, y Ratcliff, 1981). El MMS evalúa si la persona ha experimentado cinco de los nueve síntomas de un Episodio Depresivo Mayor (EDM) enumerados en el Criterio A del DSM-IV, en un periodo de al menos dos semanas y si los síntomas han interferido, de manera significativa con su vida o actividades (Criterio C del DSM-IV; APA, 1994). El MMS fue diseñado para informar de

los síntomas somáticos que son comunes durante el embarazo, también puede ser utilizado para detectar la historia actual o anterior de un EDM. El MMS se muestra congruente con el PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Spitzer et al., 1994), instrumento de diagnóstico rápido para los trastornos mentales utilizado por los médicos de atención primaria) obteniéndose valores de Kappa de 0.75 en versiones administradas por entrevistadores de esta medida (Muñoz, McQuaid, González, Dimas y Rosales, 1999). También se ha encontrado que tienen una buena validez predictiva, con las mujeres embarazadas con una historia pasada de EDM, demostrando tasas significativamente mayores de incidencia, que las mujeres sin historia previa de EDM durante el puerperio (18-27% frente al 0-3%, respectivamente) (Le, Muñoz, Soto, Delucchi, y Ghoshlppen, 2004).

### **6.3.2 Escalas auto-aplicadas para la evaluación psicosocial y psicopatológica perinatal**

*Inventario de Estrategias de Afrontamiento Prenatal* (PCI; Yali y Lobel, 1999). Este instrumento fue desarrollado por Yali y Lobel (1999) como medida específica de las estrategias de afrontamiento durante el embarazo. Consta de 36 ítems diseñados para detectar comportamientos que son específicos de los factores de estrés que encuentran las mujeres embarazadas (p.ej, para hacer frente "rezar para que el bebé esté sano", "sentirse afortunada por estar embarazada" o "constantes peticiones a los médicos o enfermeras sobre el parto"). Con este instrumento se pide a las mujeres que refieran la frecuencia con la que utilizan cada estrategia de afrontamiento ante los estresores propios del embarazo, durante un plazo determinado en una escala de cinco puntos (de 0=nunca a 4=casi siempre). Yali y Lobel (1999) identificaron datos de consistencia interna en cuatro subescalas de afrontamiento, en una muestra de 167 mujeres de alto riesgo evaluadas en la mitad del embarazo. Las cuatro escalas son: (1) Preparación para la maternidad (8 ítems; p.ej, " planear cómo va a manejar el parto ",  $\alpha = 0.83$ ), (2) Evitación (6 ítems; p.ej, " evitación social general ",  $\alpha = 0.75$ ), (3) Valoración positiva (5 ítems, p.ej, " sentir que estar embarazada ha enriquecido su vida ",  $\alpha = 0.80$ ), y (4) Rezar (2 ítems; p.ej, " rezar para que el parto vaya bien ",  $\alpha = 0.74$ ). Estos mismos cuatro factores estables, que mostraron buena consistencia interna, también se encontraron mediante un análisis factorial, en una versión del PCI de 42 ítems llamada Revised Prenatal Coping Inventory (NuPCI), desarrollado para su uso en la evaluación repetida de las estrategias de afrontamiento en el transcurso del embarazo (Yali y Lobel, 2002). Basándose en una revisión de los ítems del cuestionario, los coeficientes de

fiabilidad, y los patrones de correlaciones con constructos relacionados (p.ej, la angustia, optimismo) obtenidos en los estudios que utilizan estos instrumentos específicos del embarazo, el PCI y NuPCI parecen ser fiables y válidos (Guardino y Dunkel-Schetter, 2014).

**Escala Revisada de Preocupaciones en el Posparto** (PWS-R; Wenzel et al., 2003). El PWS original fue desarrollado por Wenzel et al. (2003) para evaluar la gravedad de las preocupaciones de las mujeres en el posparto en una serie de ámbitos como por ejemplo, la economía familiar o el cuidado de los niños/as. La PSW es un inventario de autoinforme de 14 ítems en el que la persona valora su nivel de preocupación en una escala tipo Likert de 5 puntos (0=nunca en todo el tiempo a 5=siempre en todo el tiempo).

El trabajo de Wenzel et al. (2003) mostró, en una población de mujeres en posparto, un coeficiente *alfa* de 0.84, a las 8 semanas de posparto, 0.90 a los 6 meses de posparto y 0.90 a los 12 meses de posparto. En la evaluación realizada a las 8 semanas después del parto, la PSW correlacionó en un 0.57 con el PSWQ (*Penn State Worry Questionnaire*; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), que fue significativamente mayor que las correlaciones con otras medidas de ansiedad y depresión: el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), Inventario de Depresión de Beck-II (Beck y Steer, 1987), Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (Mattick y Clark, 1998).

Recientemente Moran, Polanin y Wenzel (2014) han llevado a cabo un estudio preliminar para la validación de la PWS-R, ésta es una versión de 20 ítems, que incluye seis ítems adicionales para evaluar las preocupaciones específicas sobre el lactante, el desarrollo infantil, y la relación madre-hijo. Los autores refieren que las propiedades psicométricas proporcionan soporte preliminar para su uso como una medida de evaluación de las preocupaciones en el posparto (Moran et al., 2014). Los resultados revelaron moderada a alta fiabilidad (Relaciones personales= 0.81, Hogar = 0.80, Distribución del tiempo = 0.64, Salud y desarrollo = 0.88). Tres de los cuatro factores superan el umbral nominal (> 0.7), mientras que el cuarto mostró una fiabilidad moderada. Los análisis factoriales demostraron evidencia inicial de validez convergente y divergente de los factores PWS-R con la teoría relacionada y menor relación con los constructos. El análisis factorial confirmatorio da lugar a un modelo final que incluye 13 ítems y cuatro factores: Relaciones personales, Hogar, Distribución del tiempo, y Salud y Desarrollo (Moran et al., 2014).

***Evaluación de apoyo interpersonal Listado–12 ítem*** (ISEL-12; Cohen y Hoberman, 1983).

Ésta es una versión abreviada validada de la ISEL original de 40 ítems (Cohen y Hoberman, 1983). Esta escala pretende la evaluación multidimensional del apoyo social percibido, fue diseñada para relacionar el apoyo social percibido y estrés vital. La versión abreviada de 12 ítems incluye subescalas que miden la valoración, la pertinencia y la concreción del apoyo social. El coeficiente *alfa* derivado de la muestra original constituye una medida fiable, que según los estudios va entre los 0.80-0.90. El ISEL- 12 correlaciona positivamente con una serie de medidas sociales, incluyendo la Escala de Ajuste Marital de Locke y Wallace (Locke y Wallace, 1959) y el Índice de Red Social (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin y Gwaltney, 1997). Por otra parte, se ha observado que la ISEL-12 correlaciona negativamente con una serie de escalas de ansiedad y del estado de ánimo, como la escala de Perfil de Estado de ánimo (POMS; McNair, Lorr y Droppleman, 1981).

***Antenatal Risk Questionnaire*** (ANRQ; Austin, Colton, Priest, Reilly y Hadzi-Pavlovic, 2013). Escala que consta de 12 ítems desarrollados a partir de los 23 ítems de la original Postnatal Risk Questionnaire, en función de su frecuencia de uso y relevancia clínica en la población de mujeres en periodo perinatal (O'Hara y Swain, 1996). Esta escala evalúa una serie de dominios relacionados con el riesgo psicosocial: antecedentes de estado de ánimo deprimido o enfermedad mental y si ha recibido tratamiento; historia personal de abusos (emocional, físico o sexual); rasgos de personalidad (ansiedad o rasgos perfeccionistas); eventos estresantes de la vida en los últimos 12 meses; apoyo emocional recibido de su propia madre durante la infancia; percepción del nivel de apoyo disponible después del nacimiento del bebé y apoyo emocional de la pareja.

Su administración puede realizarse verbalmente o por escrito en un tiempo aproximado de 5 minutos. Los 12 ítems del ANRQ se califican del siguiente modo: Para los ítems: 2a, 2b, 2d, 4, 8, 9 puntúan Sí = 5, No = 0. (si la respuesta es "No", no dan una puntuación para el siguiente ítem). Los ítems 1, 3, 7 se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (1=Mucho a 5=Nada en absoluto); los ítems 2c, 4b, 5,6 se puntúan en una escala similar pero a la inversa (1= Nada en absoluto a 5= Mucho). En total, los 12 ítems dan una puntuación máxima de 67 y una puntuación mínima de 5. No hay punto de corte definido para el ANRQ, pero una puntuación de 23 o más sugiere la presencia de factores de riesgo psicosocial significativos, y se considera que la mujer presenta un riesgo significativo de problemas de salud mental perinatal.

Austin et al. (2013) evaluaron el cuestionario para determinar su valor como predictor de la depresión. El punto de corte óptimo que determina significación clínica es de 23 puntos o más. Se obtuvo una sensibilidad de 0.62 y especificidad de 0.64 con un valor predictivo positivo de 0.3. No se han establecido subescalas específicas para este instrumento. Respecto a sus propiedades psicométricas, la consistencia interna mediante el *alfa* de Cronbach no está disponible (Austin et al., 2013; Johnson et al., 2012).

La ANRQ puede considerarse una herramienta útil, considerándose un elemento clave en una "intervención de screening", dirigido a la identificación temprana de riesgo para la salud mental y la morbilidad en todo el periodo perinatal de las mujeres (Austin et al., 2013).

***Pregnancy Experience Scale*** (PES; Di Pietro, Ghera, Costigan y Hawkins, 2004). Esta escala fue desarrollada con el objetivo de obtener la evaluación sobre el estrés y la valencia emocional hacia el embarazo que pueden experimentar las mujeres durante la gestación. Este instrumento consta de 41 ítems que la mujer debe valorar en dos sentidos, como algo positivo (que la mujer se sienta feliz) y como algo negativo (que le haga sentir triste, negativa o molesta). Cada ítem debe evaluarse en los dos sentidos en una escala tipo Likert de 4 puntos (de 0=nada a 3=mucho). La puntuación incluye el cómputo de la frecuencia, así como la intensidad en la valoración de ambas dimensiones (positiva y negativa). Del mismo modo también se obtiene una puntuación para determinar la valencia positiva o negativa hacia el embarazo, donde los valores superiores a 1 indican más problemas o molestias que alegría o bienestar y puntuaciones inferiores a 1 indican más alegría y bienestar que molestias.

Di Pietro et al. (2004) determinaron en su estudio, una fiabilidad interna elevada con un *alfa* de Cronbach de 0.91 a 0.95. Se demostró validez convergente y discriminante entre el PES y otras medidas generales como el Inventario de Estrés Cotidiano (Brantley, Waggoner, Jones y Rappaport, 1987) y el test de Medida de Intensidad del Afecto (Larsen, Diener y Emmons, 1986). La correlación de fiabilidad test-retest fue significativamente alta, las asociaciones se mostraron consistentes y estables tanto en frecuencia como en intensidad.

Existe una versión breve de la PES original (PES-Brief; Dipietro, Christensen y Costigan, 2008) que consta de 20 ítems, 10 ítems que evalúan aspectos positivos o alegres relacionados con el embarazo y 10 ítems que pretenden valorar aspectos molestos o más problemáticos relacionados con el embarazo. También en esta versión

las puntuaciones incluyen medidas de frecuencia e intensidad para ambas dimensiones, así como medidas de cómputo para la relación entre los dos. Los datos de fiabilidad interna, fiabilidad test-retest y validez convergente son comparables a la versión original.

***Social Provisions Scale*** (SPS; Cutrona y Russell, 1987). Este instrumento está formado por 24 ítems que pretenden examinar el grado en el que las relaciones sociales de la persona proporcionan apoyo social en diferentes dimensiones (apego, integración social, valoración de la seguridad, fiabilidad de las relaciones, orientación sobre el apoyo, cariño). La mitad de los ítems describen la presencia de un tipo de apoyo y la otra mitad describen la ausencia de un tipo de apoyo. La persona debe valorar el grado en que cada afirmación describe su red social actual en una escala de 4 puntos (de 1= muy en desacuerdo a 4=totalmente de acuerdo). Una puntuación alta indica un mayor grado de apoyo percibido. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad test-retest del estudio de Cutrona, Russell y Rose (1984) muestra un coeficiente de 0.37 a 0.66. Respecto a la validez predictiva, en un estudio de Cutrona (1984) con una población de madres primerizas, se demostró que las dimensiones de la fiabilidad de las relaciones, el valor de la seguridad, la integración social, y la orientación sobre el apoyo fueron predictivos de la DPP. Las mujeres con puntuaciones bajas en estas dimensiones se mostraban más propensas a experimentar síntomas depresivos después de su embarazo. El SPS se ha utilizado en la investigación sobre las asociaciones entre el apoyo social y la DPP (Cutrona y Troutman, 1986). También se ha utilizado en el estudio de la relación entre el apoyo y la transición a la paternidad (Cutrona, 1984).



## **7 Prevención y detección precoz de la depresión prenatal**

### **7.1 Importancia de la prevención de la depresión**

Antes de profundizar en este tema es fundamental explicar a qué nos referimos cuando hablamos de prevención. La OMS aboga por un concepto de prevención amplio, haciendo referencia al conjunto de medidas destinadas, no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, como puede ser la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (OMS, 1998). De este concepto se puede adivinar que existen diferentes niveles de prevención. En 1957 la Comisión de Enfermedades Crónicas (*Commission on Chronic Illness*) desarrolló un modelo en el que se distinguen tres niveles de prevención relacionados con las fases de la historia natural de la enfermedad. Los niveles de prevención son los siguientes:

La *prevención primaria*, va dirigida a grupos grandes de población, no se establece como objetivo específico individuos en situación de riesgo. El objetivo es la disminución de la probabilidad de ocurrencia de afecciones y enfermedades (Salleras, 1994). Desde una perspectiva epidemiológica pretende reducir la incidencia (Porta, Greenland y Last, 2008).

La *prevención secundaria*, puede darse a dos niveles, en primer lugar, en la identificación de los individuos que no presentan ningún trastorno pero que poseen algún factor de riesgo, que hace que estén por encima del riesgo medio de la población general y por tanto vean aumentada la probabilidad de que el trastorno se desarrolle. En segundo lugar, la prevención secundaria puede actuar en la identificación de aquellos individuos que presentan síntomas subclínicos, pero que no cumplen los criterios para la determinación del diagnóstico de un trastorno y para los que el objetivo de la intervención es reducir la progresión de esos síntomas hacia un trastorno clínico diagnosticable (Ingram, Odom y Mitchusson, 2004). El objetivo de la prevención secundaria es reducir la prevalencia de la enfermedad preclínica (Porta et al., 2008).

La *prevención terciaria*, pretende reducir la discapacidad ocasionada por un trastorno o enfermedad ya existente. Las estrategias se desarrollan con la finalidad de retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades cuando existan (Porta et al., 2008). El objetivo de estas intervenciones es prevenir la aparición de futuras comorbilidades, recaídas o minimizar las limitaciones producidas por el trastorno que ya está presente (Vázquez y Torres, 2007).

Cabe añadir que los autores Mrazek y Haggerty (1994), amplían esta distinción tradicional, desarrollando una perspectiva que incluyen la reducción del riesgo, para ello adoptan la propuesta de Gordon en 1987 en la que se distinguen tres ámbitos de prevención (ver Tabla 13).

**Tabla 13- Clasificación intervención preventiva**

Intervención universal <i>universal (preventive intervention)</i>	Intervención selectiva <i>(selective preventive intervention)</i>	Intervención indicada <i>(indicated preventive intervention)</i>
Intervención dirigida a toda la población, o parte de la población general que no ha sido identificada como grupo de alto riesgo para la enfermedad.	Intervención dirigida a grupos o individuos cuyo riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos se sitúa por encima del riesgo medio de la población general.	Intervención dirigida a individuos con alto riesgo, que presentan signos y síntomas del trastorno o manifestaciones prodrómicas, pero no se cumplen criterios de patología psiquiátrica.

Fuente: Gordon (1987)

En el informe del *Institute of Medicine* (IOM) de 1994 se propone que el concepto de prevención universal, puede ser un equivalente al de prevención primaria y de este modo, se hace hincapié en que este tipo de intervención puede dirigirse a todos los sujetos de una población diana, pudiendo llevarse a cabo sin asistencia profesional. A su vez, los dos niveles de prevención secundaria corresponderían a la prevención selectiva (personas sin síntomas del trastorno pero con factores de riesgo) y prevención indicada (personas con síntomas subclínicos), por último la prevención terciaria se corresponde, también según las recomendaciones del IOM (1994) con el mantenimiento o con la adherencia al tratamiento.

Años después, el informe del IOM de 2009 añade la promoción como una categoría de intervenciones que pueden preceder al tratamiento (*National Research Council y Institute of Medicine*, 2009).

Respecto a la prevención en salud mental, la OMS elaboró en 2004 un informe compendiado, *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*, que ofrece una perspectiva general de los programas y políticas internacionales basados en la evidencia, para la prevención de los trastornos mentales y de conducta. Este documento aborda mayoritariamente la prevención primaria, más que la prevención secundaria o terciaria. En él se describen algunos de los conceptos relacionados con la prevención, la relación entre la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental o el abordaje de determinantes de carácter individual, social y ambiental de los trastornos mentales. Habla también de la creciente

evidencia sobre la efectividad de las intervenciones preventivas y la importancia de las implicaciones de las políticas y prácticas de salud pública, que dicta como condiciones necesarias para la prevención efectiva. Este documento, complementa el trabajo de otro importante informe de la OMS, *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* (OMS, 2004; Herrman, Saxena y Moodie, 2004). Tal y como se indica en este informe, durante los últimos 25 años, el campo multidisciplinario de la prevención en salud mental ha evolucionado a un ritmo rápido, facilitado por un aumento en el conocimiento de los factores modificables de riesgo y protección. Esto ha traído como consecuencia un rápido aumento de las publicaciones científicas y programas efectivos. Según se presenta en este informe, se ha generado evidencia que demuestra que las intervenciones preventivas y la promoción de la salud mental, pueden influir sobre los factores de riesgo y protección y reducir la incidencia y prevalencia de algunos trastornos mentales. La prevención de los trastornos mentales debería ser una prioridad de salud pública, puesto que se estima que para el año 2020 las enfermedades de carácter neuropsiquiátrico serán responsables del 15% de las discapacidades a nivel mundial, y la depresión unipolar será responsable del 5.7% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs; Disability-Adjusted Life Year).

Sin embargo la realidad apunta que, en materia de salud mental, las intervenciones de carácter preventivo son menos numerosas (Spence, Sheffield y Donovan, 2005), a pesar de lo cual su valor en los trastornos depresivos es indudable (Vázquez y Torres, 2005). Sabemos que en el caso de la depresión, las intervenciones de promoción se centran en la *producción de estados de ánimo persistentemente saludables y resistentes* (Muñoz, et al., 2010), pero pocos son los estudios que han examinado los efectos de la prevención universal sobre la incidencia de los trastornos depresivos. Resulta difícil comprobar rigurosamente si la incidencia de la depresión disminuye con este tipo de intervenciones (Sheffield et al., 2006). De todos modos, tal y como señalan Muñoz et al. (2010), que las intervenciones universales no reduzcan la incidencia no significa necesariamente que no sean eficaces. El problema principal radica en conseguir tamaños muestrales muy grandes, puesto que estos serían los adecuados, pero suelen resultar caros y poco prácticos para la metodología de investigación tradicional (Muñoz et al., 2010).

No obstante, viendo el creciente interés por las políticas de prevención y la variedad de posibilidades para llevarlas a cabo en todas sus vertientes, podemos defender la enorme necesidad de hacerla realidad en el ámbito de la salud mental y más concretamente de la depresión.

### **7.1.1 La prevención de la depresión general a nivel internacional y nacional**

La realidad del panorama internacional muestra un notable interés por las estrategias preventivas. Estudios norteamericanos indican que un 15% de las personas que acuden a los centros de atención primaria de salud se podrían beneficiar de programas de prevención primaria de la depresión (APA, 2004; Barry y Jenkins, 2006). Datos más recientes van en la misma dirección, la APA (2014) refería que según sus estudios hasta en un 70% de las consultas de atención primaria el motivo de consulta de los pacientes estaba relacionado con problemas psicológicos, tales como la ansiedad, el pánico, la depresión y el estrés (Hunter, Goodie, Oordt y Dobmeyer, 2009). A nivel europeo, según los datos publicados en el trabajo de la *Joint Action on Mental Health and Well-being* de la Unión Europea en 2015, cada año alrededor del 38% de la población de europea sufren de al menos un trastorno mental, lo cual corresponde a una cifra estimada de 164.7 millones de personas.

A lo largo de los años se han acumulado un buen número de estudios empíricos que justifican que la depresión en términos generales necesita de una estrategia sanitaria de prevención prioritaria, por su magnitud epidemiológica (Bijl, De Graaf, Ravelli, Smit y Vollebergh, 2002; Paykel, Brugha y Fryers, 2005), su tendencia a convertirse en trastornos crónicos (Andrews, 2001; Wagner et al., 2001) e incapacitantes (Merikangas y Kalaydjian, 2007), su elevado índice de comorbilidad (Hasin, Goodwin, Stinson y Grant, 2005; Kessler, Merikangas y Wang, 2007) su relación con la ideación e intentos de suicidio (Bernal et al., 2007) y su alto coste tanto a nivel personal como social y económico (Patel et al., 2016; Cuijpers, Beekman y Reynolds, 2012).

Pero el problema no se limita a las personas con todos los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo, el gran número de personas que presentan múltiples síntomas depresivos sin llegar a completar la totalidad de criterios diagnósticos es un problema de gran relevancia epidemiológica (Cuijpers, Graaf y van Dorsselaer, 2004), a esto debemos sumarle que la depresión subclínica eleva el riesgo de padecer depresión mayor y conducta suicida (Fergusson, Horwood, Ridder y Beautrais, 2005). Por la gran problemática que suponen estos datos, es fundamental que se inviertan esfuerzos en la prevención de la depresión subclínica, intentando seguir la recomendación que dicta prevenir el comienzo del primer episodio o atenuar las discapacidades derivadas del mismo si ya está insaturado (Le, Muñoz, Ippen y Stoddard, 2003; Mrazek y Haggerty,

1994). Como punto de partida frente a la necesidad de poner en marcha estrategias de prevención algunos autores como Cuijpers y Smit (2004) y Judd et al. (2002) proponen la depresión “subumbral” como un predictor altamente significativo de la depresión en la edad adulta.

En este sentido, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de la administración norteamericana (USDHHS, 2000) propuso en su momento una iniciativa denominada “*Healthy People 2010*”, en la que propugna que la lucha contra la depresión mayor debe ser una prioridad nacional. Pero no solo prevención de la depresión mayor, sino también de la depresión subclínica (Solomon, Haaga, y Arnow, 2001). El programa *Healthy People* sigue vigente hoy como *Healthy People 2020* en el que se sigue contemplando estrategias preventivas similares al programa anterior, con programas basados en evidencia científica de la *Community Preventive Services Task Force* (CPSTF).

Del mismo modo, intentando dar respuesta al evidente problema de salud que suponen los trastornos emocionales, desde el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (*European Pact for Mental Health and Wellbeing*, 2008), se ha planteado la prevención de la depresión como uno de los puntos centrales en salud. No obstante, a pesar de la sobrada justificación para la implantación de programas preventivos en salud mental para la depresión, en la actualidad, no están satisfechas las necesidades de atención para el tratamiento y sobre todo para la prevención de la salud mental en la Unión Europea (Alonso et al., 2007). La inversión actual destinada a mejorar los servicios de salud mental es muy inferior a lo necesario. Según la encuesta para el *Atlas de Salud Mental de la OMS 2014* (OMS, 2015), los gobiernos gastan una media de un 3% de sus presupuestos sanitarios en políticas destinadas a la salud mental, siendo de menos de un 1% en los países de ingresos bajos y de un 5% en los de ingresos altos.

Estos datos evidencian la notable diferencia existente entre la necesidad de establecer programas de prevención y tratamiento y plantear estrategias para su verdadera financiación y disponibilidad (Patel et al., 2016).

La necesidad de establecer programas de prevención de la depresión en España no es menos importante que en el resto de Europa y el mundo. Según los resultados del estudio ESEMeD-España (2006), los trastornos mentales y entre ellos la depresión, provocaron el más grave impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad funcional, sobrepasando incluso el impacto que provocan algunas enfermedades físicas crónicas (Codony et al., 2007).

Recientemente Paré-Badell et al. (2014) han llevado a cabo un estudio de revisión sistemática que determina los costes económicos asociados a la enfermedad mental. Según sus resultados los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas suponen un gasto total de 84000 millones de euros anuales en España, siendo el gasto superior para el grupo de los trastornos mentales (46000 millones de euros) frente al de las enfermedades neurológicas (38000 millones de euros). Además, añaden que el gasto asociado a los trastornos del estado de ánimo (10763 millones de euros) y los trastornos de ansiedad (10365 millones de euros) supera al gasto de otras enfermedades físicas, como la esclerosis múltiple, la epilepsia o los tumores cerebrales. Los autores concluyen que la evidencia de los datos analizados refiere un enorme impacto de los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas en la economía de nuestro país, que es equivalente al 8% del Producto Interior Bruto (PIB) (Parés-Badell et al., 2014).

Es cierto que desde hace algunas décadas las políticas sanitarias nacionales han incrementado moderadamente su interés por la promoción en materia de salud mental. En el año 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó el documento, *Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales* con el objetivo de garantizar la promoción y difusión pública dentro del sector sanitario y de la población, haciendo especial hincapié en la formación activa de los profesionales sanitarios y no sanitarios. Desde finales del año 2015 está pendiente la publicación oficial del nuevo plan estratégico para la salud mental que estará en vigor hasta 2019, no obstante, el Ministerio ya ha adelantado en nota de prensa, que en este nuevo plan se introducirá la lucha contra el suicidio como una de las principales líneas estratégicas, con el objetivo de disminuir esta conducta con esfuerzos en prevención y detección precoz. Además, el nuevo plan incluirá otras líneas de actuación, como la atención e intervención con las familias, la mejora de los sistemas de información, la autonomía y los derechos del paciente o la participación de los agentes e instituciones.

Aun contando con el incremento por el interés en la prevención en el área de la salud mental, es necesario seguir sumando esfuerzos, autores como Albee (2005) abogan por una revolución en la prevención de los trastornos mentales. Para poder conseguirlo hay que empezar a trabajar tomando como base todo el conocimiento científico disponible. Muchos son los estudios que en los últimos años han demostrado los cuantiosos beneficios de la detección de los signos de depresión en la población y la provisión de una intervención preventiva de carácter psicológico para paliar la misma (Mihalopoulos y Vos, 2013). Es tarea pendiente, llevar definitivamente a la práctica el

conocimiento acumulado para conseguir precisamente lo que se pretende, prevenir el sufrimiento humano que enfermedades como la depresión provocan diariamente. Uno de los objetivos fundamentales sería pues, conocer aquellas estrategias y condiciones que resultan favorables para la creación o mejora de los programas preventivos de modo que se logre la difusión e implementación sistemática de los mismos.

### **7.1.2 Intervenciones preventivas dirigidas a la depresión prenatal**

Cuando la atención sobre la necesidad de prevención de la depresión se traslada al contexto del embarazo y la maternidad, la situación se hace más compleja. Diversos estudios estiman que solo la mitad de las mujeres con depresión perinatal reciben una evaluación óptima de su salud mental o un tratamiento adecuado (Healthy People, 2010). Además estudios como el de Kelly, Zatzick y Anders (2001) refieren que el número disminuye hasta por lo menos una cuarta parte entre aquellas mujeres con diagnóstico de depresión durante el embarazo. No obstante, de entre todos los problemas en materia de salud mental, la depresión prenatal y la DPP ofrecen una oportunidad excepcional para la prevención (O'Hara y McCabe, 2013). Existen diversas características que contextualizan esta patología y brindan la posibilidad de trabajar su prevención de un modo óptimo. En primer lugar ocurre en un periodo de tiempo limitado, la depresión prenatal puede aparecer a lo largo de todo un marco de tiempo definible, el embarazo. En segundo lugar tanto durante el embarazo, como ya en el posparto las mujeres están en contacto regular con el sistema de atención de salud, este aspecto facilita la toma de contacto y el seguimiento de los programas de prevención. En tercer lugar, las características de la población a la que se dirige la intervención preventiva encaja con el modelo de prevención que presentamos al inicio del capítulo (O'Hara y McCabe, 2013).

Teniendo en cuenta estas condiciones, los programas preventivos de la depresión prenatal y posparto podrían dividirse en tres categorías:

- Programas dedicados a evitar la aparición del trastorno en toda la población, no solo en los que están en riesgo inmediato (Rose, 2001) lo que se traduciría pues en prevención universal (Gordon, 1983; Mrazek y Haggerty, 1994). En este caso estaríamos hablando de *programas de prevención universal* (dirigido a todas las mujeres embarazadas).

- Aquellos que pretenden evitar la futura aparición de la depresión en aquellas mujeres que ya presentan factores de riesgo, aunque estén libres de enfermedad, estaríamos hablando en este caso de *programas de prevención selectiva* (dirigido a las mujeres embarazadas con presencia de factores de riesgo).
- Por último, podríamos añadir según lo expuesto anteriormente, la posibilidad de desarrollar un *programa de prevención indicado* (dirigido a aquellas mujeres embarazadas o en el posparto que presentan síntomas depresivos, pero sin diagnóstico establecido).

Sin embargo, la realidad actual muestra que todavía no podemos contar con un desarrollo tan específico o complejo de los programas de prevención para la depresión prenatal. Además, la literatura científica no es todavía lo suficientemente amplia y resulta muy complejo concretar la investigación dedicada a la prevención de la depresión exclusivamente en el periodo prenatal.

Si nos fijamos en los estudios disponibles sobre los programas preventivos dirigidos a la atención de la salud mental materna, resulta difícil separar taxativamente las intervenciones preventivas dirigidas a la depresión en periodo prenatal, de las intervenciones dirigidas al periodo posparto. Como veremos a continuación, en la mayoría de las ocasiones, los estudios proponen intervenciones preventivas para llevar a cabo durante el periodo de embarazo o el inicio de posparto, con la finalidad principal de conseguir la prevención de la DPP. De este modo surgen algunos interrogantes que actualmente resultan difíciles de resolver ¿en qué consiste la prevención dirigida exclusivamente al periodo prenatal?, ¿Cuándo empieza la prevención de la depresión prenatal?, ¿Existen programas dirigidos al periodo prenatal en concreto?, ¿Se pueden considerar los programas de educación maternal o psicoprofilaxis obstétrica herramientas complementarias de prevención de los problemas de estado de ánimo?

Para intentar dar respuesta a estas cuestiones, es primordial reparar en la idea de disponer de intervenciones preventivas basadas en la evidencia para elaborar planes estratégicos de prevención. Sin embargo, a pesar de que está aumentando la investigación respecto a la eficacia de las intervenciones en prevención, no disponemos de la suficiente evidencia para determinar con rotundidad si enfoques psicológicos, como por ejemplo la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), podrían ser beneficiosos para la población en riesgo de desarrollar depresión si se aplicara a toda la población de adultos en todos los niveles de riesgo (Brugha, Morrell, Slade y Walters, 2011). A pesar



de que estudios recientes muestran que las intervenciones grupales basadas en la TCC pueden proporcionar notables beneficios, se requiere más investigación para comprender completamente las características y factores que intervienen en su éxito y su fracaso (Wadephul, Jones y Jomeen, 2016).

Respecto a los programas de Educación Maternal, ya hemos dejado evidencia en el capítulo 1 del papel que juegan las prácticas de psicoprofilaxis obstétrica en el terreno de la salud materno-infantil. Hemos visto que algunos autores como Barlow, Coren y Stewart-Brown (2004) apuntan que los programas de Educación Maternal pueden ser herramientas útiles en la promoción de la salud mental de la mujer en el periodo prenatal, no obstante no existen Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) que evidencien si este tipo de programas pueden ser eficaces para la prevención de la depresión prenatal o la DPP.

De cualquier modo y como veremos más adelante, el trabajo en prevención podría resultar más adecuado si fuese precedido de la aplicación de programas de detección precoz/evaluación, que facilitara la captación de aquellas mujeres susceptibles de beneficiarse de una intervención preventiva.

Con la finalidad de presentar una aproximación general al estado actual de la literatura científica respecto a los resultados de los estudios sobre programas preventivos dirigidos a la salud mental materna, en el presente apartado, haremos mención de los trabajos científicos más destacados, sobre la prevención en todo el marco temporal perinatal e intentando dar una visión global de la situación actual de la evidencia científica disponible.

#### **7.1.2.1 Estudios de Control Aleatorio sobre intervenciones preventivas para la depresión perinatal**

En el transcurso de los últimos años se han llevado a cabo muchos estudios sobre temas de prevención de la depresión de las mujeres en el periodo perinatal, llegando a conclusiones muy heterogéneas.

Uno de los primeros estudios que resulta importante destacar es el llevado a cabo por Dennis (2005), esta autora realizó un meta-análisis con el objetivo de evaluar los efectos de las intervenciones de carácter psicológico y psicosocial sobre el riesgo de desarrollar DPP, en comparación con los cuidados de atención materno-infantil tradicionales que se imparten en el periodo prenatal y posnatal. Se incluyeron en el análisis 15 ensayos (p.ej, Gamble et al., 2005; Priest, Henderson, Evans y Hagan, 2003)

con una muestra total de 7697 mujeres. Los ensayos revisados incluyeron una amplia gama de intervenciones preventivas durante el periodo perinatal, incluyendo las clases de preparación durante el embarazo, el posparto temprano y su seguimiento, los modelos de atención continua, el examen o reconocimiento psicológico y la Psicoterapia Interpersonal (PI), entre otros. Los resultados no mostraron diferencias clínicamente significativas entre las intervenciones y los cuidados estándar, respecto a la prevención de la DPP. La única intervención preventiva que mostró resultados significativos fue el apoyo intensivo por parte de un profesional sanitario en el periodo de posparto (MacArthur et al., 2002).

Algunos ECA incluidos en el meta-análisis, como Stamp, Williams y Crowther (1995) y Brugha et al. (2000) junto con otros estudios (no incluidos en los cálculos de meta-análisis) como Buist, Westley y Hill (1999) y Elliott et al. (2000) examinaron la eficacia de las intervenciones grupales en el periodo prenatal destinadas a prevenir la DPP en las mujeres que presentaban factores de riesgo. La mayoría de los estudios utilizaron intervenciones psicoeducativas que no obtuvieron eficacia significativa quizá debido a que presentaban limitaciones metodológicas. Ninguno de estos estudios utilizó herramientas de detección validadas o criterios diagnósticos estandarizados para confirmar la DPP, y excepto Brugha et al. (2000), el resto de estudios utilizó tamaños muestrales pequeños. La autora refiere en sus conclusiones que según los datos obtenidos, la identificación de las mujeres en situación de riesgo podría ayudar en la prevención de la DPP. Señala también, que se mostraron más beneficiosas las intervenciones en el periodo posnatal que aquellas que incorporaron un componente prenatal. Además, las intervenciones individuales fueron más efectivas que las intervenciones grupales. Por último, la autora añade que las intervenciones dirigidas a poblaciones de alto riesgo tienden a mostrar mejores efectos preventivos (Denis, 2005).

Con el paso de los años se han ido mejorando algunos de los problemas metodológicos, aunque siguen persistiendo las discrepancias entre los resultados de muchos estudios. En esta línea, otro de los estudios importantes que recogen la evidencia sobre las intervenciones preventivas para la depresión perinatal es el trabajo de Clatworthy (2012). Este estudio de revisión muestra el valor de las intervenciones que llevadas a cabo en el embarazo resultan eficaces a la hora de prevenir la DPP. El estudio de revisión recoge 11 trabajos de los cuales 6 cumplieron los criterios de inclusión (p.ej, Grote et al., 2009; Lara, Navarro y Navarrete, 2010) e incluyen intervenciones que fueron significativamente más eficaces en la reducción de la incidencia y/ o los síntomas de la DPP comparados con una condición de control. En sus

resultados la autora indica que dichas intervenciones parecen ser particularmente eficaces cuando se administran en la mujer que experimenta síntomas de depresión en periodo prenatal y cuando dichas intervenciones están fundamentadas en terapias psicológicas basadas en la evidencia para la depresión y se abordan las dificultades interpersonales. Así pues, los resultados de algunos de los estudios de la revisión como, Cho, Kwon y Lee (2008), Grote et al. (2009), Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett y Charles (2004) y Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein y Howard (2001) mostraron reducciones significativas en los síntomas depresivos en los grupos de mujeres que habían recibido la intervención preventiva. Otros trabajos como los de Grote et al. (2009), Lara et al. (2010), Zlotnick et al. (2001) y Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard y Sweeney, (2006) encontraron tasas más bajas de nuevos episodios depresivos.

No obstante, es importante tener en cuenta ciertos aspectos, algunos de los ECA incluidos en la revisión (p.ej, Zlotnick, Davis, Payne y Washington, 2008; Lara, et al., 2010) presentan notables diferencias entre ellos respecto a algunos factores como son, el tamaño y características de la muestra o los criterios de inclusión y exclusión, entre otros. En cambio, la mayoría de estos estudios coinciden en incluir intervenciones sobre psicoeducación e instrucciones sobre cómo manejar la depresión perinatal, estrategias para la búsqueda de apoyo social y la información sobre el proceso de embarazo, el parto y el desarrollo infantil. Estudios como Austin et al. (2008) están centrados en las intervenciones basadas en la TCC y otros como Zlotnick et al. (2001) o Zlotnick et al. (2006) se centran en la PI como medida preventiva.

A pesar de las limitaciones que podemos encontrar en la mayoría de estos estudios, como son, la falta de uso de entrevistas estructuradas para evaluar los casos de depresión o la falta de evaluación de los resultados a más largo plazo, resulta interesante destacar los hallazgos de algunos trabajos de esta revisión vista hasta ahora.

Por ejemplo, Lara et al. (2010), llevaron a cabo su estudio en Ciudad de México. Estos autores evaluaron una intervención preventiva basada en psicoeducación (ocho sesiones semanales de dos horas) y compararon sus resultados con la atención habitual en las mujeres que experimentaban niveles moderados de síntomas depresivos durante el embarazo. Las mujeres embarazadas con alto riesgo de depresión fueron asignadas al azar al grupo de intervención o a la condición de la atención habitual. La muestra final estaba formada por 377 mujeres (250 en el grupo de intervenciones y 127 en el grupo control). Las participantes fueron evaluadas mediante la entrevista Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I, First, et al., 1999) y el autoinforme Inventario de depresión de Beck segunda edición (BDI-II; Becket al., 1996) en tres periodos: durante el embarazo,

a las 6 semanas y a los 4-6 meses del posparto. De todas las participantes, 68 mujeres (27.2%) del grupo de intervención y 68 (53.5%) mujeres del grupo control completaron los tres periodos de evaluación. Los resultados mostraron que la incidencia acumulada de depresión mayor durante los tres periodos de tiempo fue significativamente menor ( $p<.05$ ) en el grupo de la intervención preventiva (10.7%) que en el grupo control (25%). Los análisis de varianza mostraron una reducción significativa del BDI-II en ambos grupos, pero no hubo un efecto significativo en el grupo de la intervención preventiva. Aun controlando los niveles iniciales de síntomas depresivos y de ansiedad, no se pudo confirmar un efecto de la intervención preventiva sobre los síntomas depresivos, aunque se observó una tendencia que demuestra que las participantes del grupo de la intervención con síntomas iniciales altos experimentaron una reducción mayor de su puntuación en el BDI-II. La mayoría de las mujeres que completaron la intervención informaron de una mejora en su bienestar, en los síntomas de depresión, en el manejo de sus problemas actuales, en el rol de madre y su relación con el bebé. Aunque este trabajo presenta algunos problemas a nivel metodológico, fue el primer ensayo de prevención de la depresión de control aleatorio en mujeres mexicanas embarazadas de alto riesgo.

Del mismo modo, resulta interesante mencionar algunos de los trabajos de esta revisión que han puesto a prueba otras intervenciones preventivas, por ejemplo Austin et al. (2008) pretendía comprobar la eficacia de la TCC como método de prevención de la DPP, frente a una condición control, cuya intervención consistía en ofrecer un folleto con información completa sobre los factores de riesgo para la ansiedad y la DPP, las estrategias para prevenir y/o gestionar este tipo de problemas, una lista de los servicios locales de apoyo en el posparto y la forma de acceder a estos servicios. La población final de estudio estaba formada por 132 mujeres embarazadas que se asignaron al azar a uno de ambos grupos (89 mujeres en el grupo de TCC y 43 mujeres en el grupo control). Todas las participantes fueron evaluadas mediante la administración de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) y la Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1970) en cuatro tiempos: previo a la intervención, después de la intervención y a los 2 y 4 meses después del parto. La Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Lecrubier et al., 1997) se administró en tres tiempos: antes de la intervención y a los 2 y 4 meses del posparto. El análisis de los datos reveló puntuaciones medias relativamente bajas en la EPDS inicial, sin reducciones significativas en ninguno de los tiempos de evaluación. Los criterios según la MINI se cumplieron en un 19% de las mujeres del estudio en la primera evaluación, pero no se

observó ninguna reducción significativa en los grupos. Sin embargo, el diagnóstico de ansiedad se vio reducido de un 28% en la evaluación del final del embarazo a un 16% a los cuatro meses después del parto en el grupo de TCC, con reducciones similares en el grupo de control. Las puntuaciones en depresión de las mujeres más sintomáticas (EPDS>12; n=19) disminuyeron de manera constante en más del 50% en el transcurso del tiempo, pero no hubo diferencias en la mejoría entre la TCC y el grupo control. Los autores destacan en sus conclusiones que en general, hubo una mejora significativa en la sintomatología depresiva y ansiosa para todas las mujeres, pero sin embargo, la intervención basada en TCC no se mostró superior a la condición de control. Los autores refieren que el resultado puede ser debido a que la condición de control basada en la administración de información a través de folletos, puede comportarse como una intervención terapéutica alternativa, y además, destacan que dicha información suele presentarse de modo muy similar a la del programa del grupo de TCC, aunque en diferente formato. Finalmente, Austin et al. (2008) añaden que su estudio demostró que proporcionar una intervención preventiva, específica (TCC) o no (información), puede ser eficaz en la reducción de los síntomas en el periodo perinatal.

Clatworthy (2012) concluye en su revisión que podría no ser apropiado conceptualizar estas intervenciones como preventivas, puesto que pueden cumplir una función de tratamiento de esa posible depresión prenatal subclínica. Por ello se hace necesario identificar a las mujeres embarazadas que presentan síntomas depresivos y ofrecer las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia más adecuadas.

Seguidamente describiremos la revisión Cochrane de Dennis y Dowswell (2013). Este amplio estudio se llevó a cabo con múltiples objetivos, principalmente evaluar el efecto de las diversas intervenciones psicosociales y psicológicas en comparación con la atención habitual prenatal y posparto, para reducir el riesgo de desarrollar DPP. También pretende examinar la efectividad de los tipos específicos de intervenciones psicosociales y psicológicas, la eficacia de las intervenciones dispensadas por parte de profesionales en comparación con personal no profesional, la eficacia del formato de la intervención (individual versus grupal), los efectos del tiempo de inicio y la duración de la intervención, y si las intervenciones son más eficaces en mujeres con factores de riesgo específicos. Los autores incluyen en su revisión un total de 28 ensayos con casi 17000 mujeres. Teniendo en cuenta el principal objetivo de la revisión, se entiende que los ensayos incluidos refieren intervenciones preventivas de la DPP, no obstante al igual que en muchos de los estudios comentados anteriormente, la población de algunos estudios incluye a las mujeres embarazadas y las intervenciones preventivas son

iniciadas en el periodo prenatal. En la revisión se encontró que, de los 28 ensayos 24 (85.7%) refieren intervenciones en grupo, 4 (14.3%) evaluaron una intervención que se proporciona únicamente en el periodo prenatal, 12 (42.9%) utilizaron una intervención que se inició en el periodo prenatal y continuó en el periodo posparto, y 12 ensayos (42.9%) evaluaron una intervención dispensada solamente en el periodo posnatal.

Según los autores, la visión general de los resultados indica que las mujeres que recibieron una intervención psicosocial o psicológica eran significativamente menos propensas a desarrollar DPP en comparación con las mujeres que recibieron la atención habitual (media RR= 0.78, IC 95%: 0.66-0.93). Teniendo en cuenta los resultados de sus análisis los autores listan un conjunto de intervenciones que podrían resultar adecuadas: proporcionar visitas intensivas e individualizadas al hogar de la mujer en el posparto (RR=0.56; IC del 95%: 0.43-0.73), establecer apoyo telefónico entre iguales (RR=0.54; IC del 95%: 0.38-0.77) y ofrecer PI (diferencia de medias estandarizada -0.27; IC 95%: -0.52 a -0.01). Las intervenciones basadas en el trabajo de profesionales y las intervenciones por parte de personal no profesional, se mostraron en ambos casos efectivas en la reducción del riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Respecto al formato de las intervenciones, aquellas proporcionadas de manera individual mostraron una reducción de la sintomatología depresiva en la evaluación final (RR= 0.75, IC 95%: 0.61-0.92) similar a las intervenciones en grupo (RR= 0.78, IC 95%: 0.66-0.93). Las intervenciones que se iniciaron en el periodo de posparto también mostraron una reducción significativa del riesgo de desarrollar síntomas depresivos (RR=0.73, IC 95%: 0.59-0.90). Por último cabe destacar que la identificación de las mujeres en riesgo contribuyó en la prevención de la DPP (RR= 0.66, IC 95%: 0.50-0.88).

Aunque en el meta-análisis de Dennis y Dowswell (2013) algunos estudios quedaron excluidos de los cálculos, resulta igualmente interesante comentar sus resultados por sus características, la gran población evaluada o sus hallazgos. Por ejemplo, Morrell et al. (2009) llevaron a cabo un ECA con los datos procedentes de 101 equipos de atención primaria en Inglaterra. El objetivo fundamental del trabajo era evaluar los posibles beneficios de una intervención psicológica preventiva de carácter informativo proporcionada por personal sanitario entrenado en técnicas cognitivo-conductuales y asesoramiento centrado en la persona. La población de mujeres del estudio fue dividida en dos grupos (2749 mujeres pertenecían al grupo de intervención y 1335 mujeres al grupo control, que recibió la atención habitual) y se realizó un seguimiento de 18 meses a las participantes. Las mujeres fueron evaluadas mediante la EPDS (Cox, et al., 1987), Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure

(CORE-OM; Barkham et al., 2001), State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1983), 12-item Short Form Health Survey (SF-12; Ware, Kosinski y Gandek, 1995) y la Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF; Abidin, 1995) a los 6, 12 y 18 meses del posparto.

Los resultados mostraron que de las 4084 mujeres que participaron, 595 (14.6%) tenían una puntuación en la EPDS  $\geq 12$  a las seis semanas del posparto. Del mismo modo, los resultados mostraron que a los seis meses el 34% de mujeres en el grupo de intervención y el 46% en el grupo control tenían una puntuación  $\geq 12$  en la EPDS. El OR para las puntuaciones  $\geq 12$  en la EPDS a los seis meses fue de 0.62 (IC 95%: 0.40-0.97,  $p=.036$ ) para las mujeres en el grupo de intervención en comparación con las mujeres del grupo de control. Después de ajustar por covariables, la OR fue de 0.60 (0.38-0.95,  $p=.028$ ). A los seis meses, el 12.4% de las mujeres del grupo de intervención y el 16.7% de las mujeres en el grupo control tenían puntuaciones EPDS  $\geq 12$  (0.67, 0.51-0.87;  $p=.003$ ).

Los beneficios obtenidos por las mujeres del grupo de intervención a los seis meses en términos de reducción en sus puntuaciones en la EPDS, se mantuvo a los 12 meses del posparto. Sin embargo, no se demostraron diferencias significativas respecto a los enfoques psicológicos de las intervenciones. Los autores concluyeron que, la identificación de los síntomas de DPP por parte del personal sanitario entrenado para la evaluación de las mujeres mediante la EPDS y la dispensación de las sesiones de información con un enfoque psicológico fue clínicamente efectivo a los 6 y 12 meses del posparto en comparación con la atención habitual.

Por otra parte, Brugha et al. (2011), llevaron a cabo un ensayo aleatorio grupal en el mismo contexto que el ensayo de tratamiento de Morrell et al. (2009). Las mujeres que no eran elegidas para el ensayo de tratamiento de Morrell et al. (2009) (mujeres con puntuación en EPDS  $< 12$  a las seis semanas después del parto) fueron seguidas durante 18 meses después del parto. El objetivo principal era comprobar si recibir una intervención basada en el asesoramiento centrado en la persona o el asesoramiento basado en la TCC por parte de personal sanitario entrenado, resultaba una intervención preventiva de la depresión a los 6-18 meses después del parto en mujeres, que como ya hemos dicho, no presentaban síntomas depresivos en el posparto. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente al grupo que recibiría intervención preventiva (asesoramiento centrado en la persona o el asesoramiento basado en la TCC) ( $n=1474$ ) o al grupo control que recibiría la atención habitual ( $n=767$ ). Entre todas las mujeres del estudio, el 10.8% que formaban parte del control, tenían una puntuación EPDS  $\geq 12$  a los

seis meses después del parto (OR= 0.68; IC 95% = 0.50-0.93), frente al 7.7% de las mujeres que formaban parte del grupo de intervención preventiva. Los resultados mostraron que las mujeres del grupo que recibían el conjunto de intervenciones fueron significativamente menos propensas a padecer depresión que las mujeres en el grupo de atención habitual. Lo destacable en este trabajo es que las mujeres no presentaban sintomatología de estado de ánimo en el momento de entrar en el estudio, además, este efecto se aplicaba por igual a todas las mujeres en todos los niveles iniciales de riesgo, no solo las participantes con puntuaciones cercanas a la puntuación de corte, lo que sugiere según los autores, un efecto universal. Este efecto no disminuyó durante las evaluaciones posteriores a los 12 y 18 meses después del parto. Los autores argumentaron que en realidad más mujeres se beneficiaron del ensayo de prevención universal (Brugha et al., 2011) que de la prueba de intervención con mujeres deprimidas (Morrell et al., 2009).

Del mismo modo también resulta interesante detenerse en algunos de los trabajos que si se incluyen en la revisión de Dennis y Dowswell (2013) para poder dar algún ejemplo del estudio de la intervención preventiva que se aborda y sus resultados específicos. En este caso, Tandon, Perry, Mendelson, Kemp y Leis (2011) evaluaron la eficacia de una intervención basada en la TCC para la prevención de la depresión perinatal y la reducción de los síntomas depresivos. La intervención fue dispensada mediante un programa de visitas domiciliarias. Las participantes del estudio fueron un grupo de 61 mujeres con un nivel socioeconómico bajo, embarazadas o en periodo de posparto menor a 6 meses. Los síntomas depresivos fueron evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer, y Brown, 1996) y los episodios depresivos se midieron con el Maternal Mood Screener (MMS; Le y Muñoz, 1998) al inicio del programa, a la semana y a los 3 meses de la intervención preventiva. Los resultados mostraron que solo el 9% de las mujeres que recibieron la intervención de TCC, frente al 33% de las mujeres que recibían atención habitual, presentaron síntomas compatibles con un diagnóstico de depresión a los 3 meses de haber recibido la intervención, lo cual demostraba según sus autores, un resultado significativo en favor a la TCC administrada en las visitas domiciliarias, como medida preventiva de la depresión perinatal.

Dennis y Dowswell (2013) concluyen que, a pesar de que la información no es extensa y se necesita mayor investigación, sus resultados refieren que las intervenciones psicosociales y psicológicas pueden reducir significativamente el número de mujeres que desarrollan DPP.



Llegados a este punto, queda certeza de la gran variedad de ensayos que de manera creciente vienen acumulándose, sobre todo respecto a la prevención de la DPP pero también de la depresión perinatal, puesto que aunque el objetivo fundamental en la mayoría de los casos sea la prevención de la DPP, muchos estudios incluyen a la población de las mujeres embarazadas y muchas intervenciones dan comienzo en el periodo prenatal.

Siguiendo con esta línea de estudios cabe reparar en el trabajo de revisión sistemática de Sockol (2015). En este estudio la autora ha realizado una revisión sistemática y cálculos de meta-análisis sobre ensayos tanto de tratamiento como de prevención de la DPP, con la finalidad de evaluar tanto la eficacia general de las intervenciones de TCC en las mujeres en periodo perinatal, como los moderadores potenciales de la eficacia de estas intervenciones. En este trabajo se valoraron 349 estudios, se eligieron 133 y finalmente se incluyeron 40 estudios, 26 de tratamiento y 14 de prevención.

Dado el tema que abordamos, a continuación se explican los hallazgos más importantes respecto a los 14 estudios de prevención. De éstos, la mitad eran ensayos sobre prevención indicada/selectiva (Austin et al., 2008; Brugha et al., 2000; Lara et al., 2010; Le, Perry y Stuart, 2011; Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross y Gemmill, 2011a; Muñoz et al., 2007), cuatro eran ensayos sobre prevención selectiva (Bernard et al., 2011; Futterman et al., 2010; Hagan, Evans y Pope, 2004; Silverstein et al., 2011) y tres sobre prevención universal (Kozinszky et al., 2012; Mao et al., 2012; Ngai, Chan y Ip, 2009).

Es importante tener en cuenta que, como ya se ha comentado, los ensayos de prevención revisados en este estudio están enfocados a la prevención de la DPP, dos de estos ensayos (Milgrom et al., 2011a; Tandon, Leis, Mendelson, Perry y Kemp, 2014) incluyeron en su estudio mujeres en periodo perinatal y dos ensayos (Bernard et al., 2011; Hagan et al., 2004) solo a las mujeres en posparto.

Los resultados mostraron que en los estudios de prevención, la TCC se asocia con una prevalencia significativamente menor de episodios de DPP. Según la autora, los análisis sugieren varios factores que están asociados con una mejora de la eficacia de estas intervenciones. Por ejemplo, se encontró que las intervenciones iniciadas durante el periodo posparto fueron más efectivas que las intervenciones iniciadas durante el embarazo. Sin embargo, la autora añade que los estudios de prevención iniciados en la etapa prenatal, eran más eficaces cuando se iniciaban en un periodo tardío del embarazo. Del mismo modo, los resultados mostraron que las intervenciones

individuales fueron más efectivas que las grupales para reducir la prevalencia de episodios de DPP. Además las intervenciones preventivas fueron igualmente eficaces si iban dirigidas a las mujeres con síntomas elevados, a las mujeres con factores de riesgo para la depresión, o a todas las mujeres en una comunidad.

Varios estudios incluidos en el meta-análisis de la revisión de Sockol (2015), presentan adaptaciones de la TCC a aspectos culturales para grupos específicos de población. Por ejemplo, Muñoz et al. (2007) han adaptado su programa "*Mamás y bebés*" a las mujeres latinas en EE.UU. Según la autora, el éxito de estos ajustes culturales, sugiere que la adaptación de las intervenciones de TCC puede ser un método particularmente eficaz para abordar las necesidades de las mujeres en periodo perinatal, especialmente entre los grupos de alto riesgo.

Otro de los hallazgos más importantes del trabajo de Sockol (2015), es que la TCC puede ser implementada con éxito en una amplia gama de contextos fuera de los entornos clínicos tradicionales. La autora sugiere que según los resultados, la TCC puede ser llevada a cabo de manera efectiva, mediante opciones de intervención alternativas que pueden ayudar a abordar las barreras que en muchas ocasiones entorpecen el acceso a un tratamiento adecuado. En este caso, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) se plantean como una elección competente. Las intervenciones de TCC a través de Internet han demostrado que son factibles y aceptables en las poblaciones perinatales (Danaher et al., 2013). Este tema se abordará con detenimiento en el siguiente capítulo.

A pesar de la gran relevancia del trabajo de revisión llevado a cabo por Sockol (2015), es importante tener en cuenta la limitación de los cálculos de meta-análisis debido a la calidad metodológica de los estudios incluidos. Como se ha comentado, son varios los estudios sobre prevención que se incluyen en este trabajo, a modo de ejemplo haremos referencia a alguno de ellos.

Por ejemplo, Muñoz et al. (2007) y unos años más tarde Le et al. (2011) llevaron a cabo un ECA sobre la aplicación de un programa de intervención denominado "*Curso Mamás y bebés* (MB)". Se trata de una intervención basada en la TCC que promueve la gestión de un estado de ánimo saludable mediante el aprendizaje de cómo aumentar los pensamientos y comportamientos que conducen a estados de ánimo positivos. En su pequeño ECA, Muñoz et al. (2007) evaluaron a 41 mujeres latinas de nivel socioeconómico bajo con riesgo alto de depresión perinatal, sus resultados mostraron que el 14% de las mujeres que participaron en el programa MB desarrollaron un nuevo EDM al final del primer año después del parto en comparación con el 25% de las mujeres

que presentaron un EDM habiendo recibido la atención habitual. Le et al. (2011) llevaron a cabo su estudio con 217 mujeres latinas de bajo nivel socioeconómico. Los autores pretendían comparar los resultados de las mujeres que recibían la intervención preventiva en grupo del programa MB, basada en TCC (ocho sesiones durante el embarazo y tres después del parto) durante y después del embarazo, con un grupo de mujeres que recibían atención habitual. Los resultados mostraron que la intervención tuvo un efecto significativo después de las ocho primeras sesiones durante el periodo de embarazo, pero el beneficio no se extendió en el periodo posparto.

Otro de los estudios más recientes, incluidos en la revisión, con resultados significativos es el de Tandon et al. (2014). Estos autores, realizaron un ECA en el que 78 mujeres en periodo de gestación o hasta 6 meses de posparto que habían sido evaluadas y calificadas de riesgo para desarrollar depresión perinatal, fueron asignadas aleatoriamente al grupo de participantes que recibían una intervención preventiva mediante el programa MB desarrollado en las visitas domiciliarias o al grupo de participantes que recibían atención domiciliaria habitual. Las participantes de ambas condiciones fueron evaluadas al inicio del estudio a la semana y a los 3 y 6 meses después de la intervención. La sintomatología depresiva fue evaluada hasta los 6 meses de seguimiento. Los resultados mostraron una disminución de los síntomas depresivos, es decir, que la intervención preventiva para la depresión perinatal continuaba siendo efectiva a los seis meses posteriores a la intervención.

En definitiva, la evidencia científica revisada en el trabajo de Sockol (2015), muestra que podemos hablar de la eficacia general de las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento y prevención de la depresión perinatal. No obstante, los futuros estudios que evalúan estas intervenciones deben ser metodológicamente más rigurosos, lo suficiente como para permitir la evaluación de los posibles moderadores de su eficacia (Sockol, 2015).

#### **7.1.2.2 Estudios de Control Aleatorio sobre intervenciones preventivas para la depresión prenatal**

Tal y como se ha ido viendo a lo largo del presente capítulo los estudios que examinan la eficacia de las estrategias de prevención de la salud mental de la mujer dirigida exclusivamente al periodo prenatal es prácticamente inexistente. La gran mayoría de los estudios están dirigidos a la prevención de la DPP, sin embargo, algunos ensayos incluyen población de mujeres en el periodo prenatal, lo cual de manera

indirecta puede proporcionar datos acerca de la sintomatología de las mujeres en este periodo. En este sentido, resulta apropiado detenerse en explicar el trabajo de revisión de Wade et al. (2016). Estos autores llevaron a cabo su revisión sistemática con el objetivo de reunir los estudios cuantitativos y cualitativos que evalúan la eficacia de las intervenciones psicológicas prenatales en formato grupal que van dirigidas a las mujeres con síntomas de depresión, ansiedad y/o estrés elevados o aquellas mujeres que tienen un mayor riesgo de presentar un problema de salud mental perinatal.

En este estudio de revisión sistemática los autores identificaron 19 ensayos, por un lado 15 estudios que describen ensayos cuantitativos, 2 describen el mismo estudio con diferentes medidas de resultado y, por otro lado, 4 ensayos describen tres estudios cualitativos. Asimismo, 3 trabajos, dos cualitativos y uno cuantitativo, hacen referencia al mismo estudio.

Los estudios incluidos en esta revisión sistemática evaluaron intervenciones grupales prenatales sobre todo basadas en la TCC, la PI y mindfulness. Las intervenciones que recogen los estudios en general, fueron llevadas a cabo por una variedad de profesionales, que van desde los psicólogos clínicos a enfermeras y terapeutas ocupacionales. A pesar de demostrar la eficacia de algunas intervenciones, sobre todo las basadas en la TCC y la PI, los autores refieren una evidencia general débil. Al igual que en el resto de trabajos de revisión que se han comentado, a la hora de interpretar los resultados es importante tener en cuenta que algunas limitaciones en la metodología (p.ej, la diversidad en las intervenciones, la heterogeneidad en el uso de medidas para la detección de la sintomatología, la variación en los criterios de selección de la muestra o la medida basal de los síntomas de las participantes) pueden hacer que sea difícil comparar los resultados de los estudios y obtener conclusiones precisas. Wade et al. (2016) refieren en sus conclusiones que existe evidencia de que las mujeres con altos niveles de síntomas psicológicos en la línea base, pueden beneficiarse más de las intervenciones grupales prenatales, pero insisten en que se necesita acumular mayor evidencia que demuestre su eficacia. Del mismo modo, los autores añaden que también los estudios cualitativos sugieren beneficios para las mujeres en la etapa prenatal. Los estudios informan de valoraciones positivas de las mujeres participantes en los grupos de intervención (por ejemplo, la oportunidad de conocer y recibir apoyo entre iguales, normalizar sentimientos, mejorar la sensación de bienestar). Incluso en aquellos estudios en los que no se demostraba una eficacia significativa, las mujeres valoraron como beneficiosa la intervención preventiva.

Una gran cantidad de estudios incluidos en esta revisión también han sido incluidos en algunas de las revisiones anteriormente comentadas, pero la particularidad del trabajo de Wade et al. (2016) reside en que todos los ensayos incluidos cuentan con población de mujeres en periodo prenatal. Todos los estudios presentan medidas de referencia antes de la intervención preventiva y la mayoría realizaron mediciones posteriores inmediatamente después de la intervención y en uno o más puntos del posparto. Puesto que los estudios difieren en la edad gestacional en la que se encuentran las participantes en su primera evaluación, las mediciones en el posparto también varían considerablemente entre los estudios, lo cual según la autora puede haber afectado al resultado en algunas medidas, como el bienestar psicológico, ya que el tiempo de posparto puede haber influido (Jomeen, Spiteri, Draper y Martin, 2014).

Es especialmente interesante conocer los resultados obtenidos por los estudios que realizan las evaluaciones pre y post intervención (incluso seguimientos) durante el embarazo. Este es el caso de los dos estudios cuantitativos con intervenciones preventivas basadas en mindfulness (Guardino, Dunkel-Schetter, Bower, Lu y Smalley, 2014; Vieten y Astin, 2008). En el caso de Guardino et al. (2014), se llevó a cabo un ECA piloto con el objetivo de comprobar la eficacia de una intervención basada en mindfulness con una duración de seis semanas, dirigida a mujeres en periodo gestacional que presentaban altos niveles de estrés y ansiedad específica del embarazo. La muestra estaba formada por 47 mujeres que fueron reclutadas entre la 10 y 25 semana de gestación. Las participantes fueron asignadas al azar al grupo de intervención que recibía las sesiones de mindfulness (n=24) o a una condición de control a la que se le proporcionaba material de lectura sobre aspectos relacionados con la salud pre y posnatal, la maternidad y también el manejo del estrés (n=23). Las participantes fueron evaluadas antes de la intervención, inmediatamente después de la intervención y a las 6 semanas de la intervención. Para ello se utilizaron diversos instrumentos: el Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006); la Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983); la Pregnancy-Specific Anxiety (PSA; Roesch et al., 2004); la Pregnancy-Related Anxiety (PRA; Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa y Sandman, 1999) y la State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1970). Los resultados demostraron que, las participantes del grupo intervención experimentaron una mayor disminución del pre al post intervención para la ansiedad específica del embarazo y la ansiedad relacionada con el embarazo, en comparación con las participantes en la condición de control. Sin embargo, estos efectos no se mantuvieron a través del seguimiento a las seis semanas después de la intervención. La

percepción de estrés y la ansiedad estado también disminuyeron en el grupo de intervención, mientras que la capacidad de atención plena aumentó en el grupo de intervención, sin embargo, estos cambios no fueron significativamente diferentes de los cambios en el grupo control. Guardino et al. (2014) refieren en sus conclusiones que su estudio proporciona evidencia de que el entrenamiento en mindfulness durante el embarazo puede reducir efectivamente los niveles de ansiedad y las preocupaciones relacionada con el embarazo.

Por su parte, Vieten y Astin (2008) llevaron a cabo un ECA para comprobar la eficacia en la aplicación de un programa basado en mindfulness de ocho semanas dirigido a reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo durante el embarazo y el posparto temprano.

La población a estudio estaba formada por 33 mujeres embarazadas que se encontraban entre la semana 12 y 30 de gestación. Las participantes fueron asignadas al azar al grupo experimental ( $n=13$ ) que recibió la intervención basada en mindfulness o al grupo control ( $n=18$ ) que recibió la atención habitual. Las mujeres fueron evaluadas antes de la intervención, inmediatamente después y tres meses después de la intervención (postparto). Los instrumentos utilizados para llevar a cabo la evaluación fueron: Cohen's Perceived Stress Scale (PSS; Cohen et al., 1983); Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff 1977; Hann et al. 1999); State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al. 1970); Positive and Negative Affect Schedule -Extended (PANAS-X; Watson and Clark 1994); Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown and Ryan 2003).

Según los autores, los resultados sugieren que el entrenamiento en mindfulness durante el embarazo favorece una mayor disminución significativa en la ansiedad y el afecto negativo entre las participantes que recibieron la intervención cuando se comparó con el grupo control. Los análisis mostraron que las madres que recibieron la intervención referían una reducción significativa de la ansiedad con un tamaño del efecto (valorado mediante la  $d$  de Cohen) alto ( $d= 0.89$ ;  $p < .05$ ) y del afecto negativo con un tamaño del efecto también alto ( $d= 0.83$ ;  $p < .05$ ) durante el tercer trimestre en comparación con las mujeres que no recibieron la intervención. Cabe destacar que también se observó una ligera tendencia hacia la mejoría en la mayoría de las variables en el período posparto en el grupo que recibió la intervención basada en mindfulness.

Los autores advierten que aunque estos hallazgos son sólo preliminares dado el pequeño tamaño de la muestra, los tamaños del efecto observados pueden tener relevancia clínica. Vieten y Astin (2008) afirman que el carácter breve y no farmacológico

que supone la intervención basada en mindfulness hace que sea una opción terapéutica prometedora para su uso durante el embarazo. Además insisten en la importancia de ampliar la investigación para estudiar aquellos factores que median en los cambios observados y si las mejoras en el estado de ánimo y el estrés como resultado de la participación en intervenciones basadas en la mindfulness pueden estar relacionados con mejores resultados en el parto y en el desarrollo del niño.

Wadephul et al. (2016) concluyen en su revisión que las intervenciones en grupo pueden resultar beneficiosas para la prevención de las alteraciones relacionadas con la depresión, la ansiedad o el estrés en el periodo perinatal, pero se necesita más investigación para entender completamente los factores que intervienen en sus éxitos y sus fracasos. Añaden que existe una notable necesidad de explorar adecuadamente las experiencias de las mujeres que reciben intervenciones prenatales, así como la necesidad de determinar cuáles son los instrumentos de evaluación más apropiados y eficaces.

La realidad actual parece indicar que el interés por elaborar estrategias dirigidas a la prevención en salud mental en el periodo prenatal está empezando a aumentar, puesto que tanto la depresión como la ansiedad prenatal cada vez adquieren mayor reconocimiento como condiciones patológicas concretas y significativas para muchas mujeres durante el periodo de gestación (NICE, 2014; 2015). Como ya se ha explicado en el capítulo 1, son muchos los organismos internacionales que cada vez con mayor ahínco trabajan por establecer estándares que den una cobertura adecuada a los problemas de salud mental de las mujeres en el periodo prenatal, tanto en tratamiento como en prevención. Los resultados obtenidos por los trabajos citados en este apartado plantean la necesidad de seguir investigando con rigor científico sobre la eficacia de los programas de prevención en el periodo prenatal. En este apartado se ha pretendido realizar una visión general de los resultados de los ECA que evalúan estrategias preventivas en materia de salud mental en el periodo perinatal, encontrando que, habiendo consultado cerca de 70 ensayos distribuidos en 5 trabajos de revisión y meta-análisis, solo el 7% aproximadamente proporciona información indirecta sobre los resultados de las intervenciones de prevención de los síntomas y trastornos relacionados con el estado de ánimo en el periodo prenatal.

## **7.2 La detección precoz de la depresión prenatal**

El screening clínico para la depresión o la ansiedad en el periodo prenatal y el posparto ha sido, como veremos a continuación, ampliamente recomendado en los últimos años, pero la realidad es que sigue planteando algunos problemas importantes a la hora de trasladarlo a la práctica clínica cotidiana. En muchas ocasiones, la detección y diagnóstico de la depresión perinatal no resulta fácil, puesto que algunos síntomas como la labilidad emocional, una excesiva irritabilidad, el estado de ánimo bajo, la ansiedad o los trastornos del sueño, son también considerados parte de las experiencias habituales en el proceso del embarazo y el posparto (Halbreich y Karkun, 2006). No obstante, el debate principal se desarrolla en torno a una serie de cuestiones clave que requieren un planteamiento directo, estamos hablando de cuestiones como: la selección de las herramientas de detección que se deben utilizar, la determinación de los puntos de corte a adoptar para identificar a las mujeres en situación de riesgo, la necesidad de un diagnóstico por parte de clínicos expertos y el seguimiento de aquellas mujeres que puntúen por encima de los umbrales establecidos, y además, para aquellas mujeres en las que se confirma el diagnóstico, la disponibilidad de tratamientos psicológicos y farmacológicos asequibles y eficaces (Thombs et al., 2008). Por otra parte, pocos estudios hasta la fecha han examinado la viabilidad y la utilidad del uso de estrategias de evaluación o detección del estrés o ansiedad prenatal, sin embargo, sabemos que la detección precoz del estado de ansiedad y los síntomas depresivos en el embarazo y el posparto puede reportar importantes beneficios clínicos para las madres y también para sus hijos/as (Flynn, O'Mahen, Massey y Marcus, 2006b; O'Mahen y Flynn, 2008).

El panorama actual respecto a la depresión, la ansiedad y el estrés prenatal, muestra que aunque se conozca su destacada prevalencia, dichas alteraciones psicológicas están infra detectadas e infra tratadas, de hecho dos tercios de las mujeres con síntomas importantes siguen sin ser correctamente identificadas por la mayoría de los profesionales del campo de la obstetricia (Coates, Schaefer y Alexander, 2004; Spitzer et al., 2000). En este sentido, cabe mencionar que a pesar de las actuales recomendaciones (Austin y Highet, 2011; Pignone et al., 2002) y la creciente aceptación de las estrategias de detección precoz, tanto por parte de las mujeres (Austin et al., 2013; Buist et al., 2006; Matthey et al., 2005) como de los profesionales de la salud materno-infantil (Buist et al., 2007; Chew-Graham et al., 2008; Leiferman et al., 2008; Reid et al., 1998), la evaluación psicosocial se realiza de forma rutinaria por menos del



20% de los profesionales de la atención prenatal (Coleman, Carter, Morgan y Schulkin, 2008).

En los sistemas de salud en los que no existe vínculo entre la evaluación, la derivación correspondiente y la atención en salud mental, solo el 18% de las mujeres embarazadas y puérperas, que se determina que tienen problemas psicológicos, obtiene un seguimiento adecuado de su condición (Kim et al., 2010a) y menos del 15% de las que necesitan atención reciben algún tratamiento (Bowen, Bowen, Butt, Rahman y Muhajarine, 2012; Kim et al., 2010a). El círculo de la ausencia de programas de detección y el establecimiento de un tratamiento, se perpetúa debido a que los profesionales no evalúan a las mujeres, porque no existen servicios con un programa de seguimiento establecido (Chew-Graham, Sharp, Chamberlain, Folkes y Turner, 2009). Como las mujeres no son evaluadas, no se detectan sus problemas y por tanto no se les proporciona un tratamiento.

A la hora de abordar el problema que se plantea, es fundamental tener claro que, una orientación hacia la evaluación y el tratamiento de los casos aislados, no resuelve la necesidad evidente de mejora de la evaluación psicosocial que precisan todas las mujeres que están en periodo perinatal. Dichas mejoras en la atención psicosocial, solo pueden llevarse a término, como un proceso integrado de detección, evaluación, derivación, tratamiento y seguimiento (Kingston et al., 2014).

Por el establecimiento del contacto regular que las mujeres embarazadas requieren con los profesionales de la obstetricia para el adecuado seguimiento de su gestación, junto con la consideración de que las mismas mujeres refieren su preferencia (Segre, O'Hara, Arndt y Beck, 2010; Smith et al., 2009) parece que el lugar ideal para llevar a cabo las tareas de detección y tratamiento de la depresión, son los entornos clínicos de atención obstétrica ambulatoria.

Hoy sabemos que los programas que integran la atención a la depresión y la atención primaria a través de la detección, la educación del paciente, el feedback y el manejo de casos, mejoran los resultados en estos entornos de atención primaria (USPSTF, 2002). Reconociendo este fenómeno, el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (ACOG, 2006, 2010) junto con otros investigadores (Austin, Middleton, Reilly y Highet, 2012; Barnett, 2011; Campagne, 2004; Gjerdingen y Yawn, 2007; Kuosmanen, Vuorilehto, Kumpuniemi y Melartin, 2010) abogan por que sean los obstetras quienes faciliten la labor de screening para los estresores psicosociales y la depresión cada trimestre del embarazo, y proporcionen los recursos y la derivación correspondiente cuando esté indicado.

Las tareas de screening mejoran la detección de síntomas depresivos perinatales (Birndorf, Madden, Portera y Leon, 2001), pero, como ya hemos comentado anteriormente, por sí solas no mejoran el inicio ni la adherencia al tratamiento (Gilbody, Sheldon y House, 2008; Kozhimannil, Adams, Soumerai, Busch y Huskamp, 2011; Yonkers et al., 2009) o su resultado (Gilbody et al., 2008; Yonkers et al., 2009).

La finalidad real de las tareas de screening es captar a aquellas mujeres que acumulan, por diversas razones, factores de riesgo y por tanto una mayor probabilidad de experimentar depresión perinatal. Un resultado positivo en esta intervención, indica la necesidad de una evaluación más amplia, realizada por un profesional cualificado para confirmar o descartar el diagnóstico de depresión y determinar si está indicado el tratamiento (Milgrom, Mendelsohn y Gemmill, 2011b).

A pesar de la alta aceptación de las tareas de detección precoz entre las mujeres, algunos estudios muestran que muchas de ellas son susceptibles al abandono después del contacto inicial con un profesional de la salud mental (Carter et al., 2005; Marcus et al., 2003; Rowan Greisinger, Brehm, Smith y Mc Reynolds, 2012; Smith et al., 2009). Los resultados de estos estudios indican que menos del 30% de las mujeres que obtienen resultados positivos para la depresión, asisten a una visita inicial o a las visitas de seguimiento de atención a la salud mental. Diversos estudios al respecto, indican tasas muy bajas, entre el 6% (Smith et al., 2009) y el 0% (Carter et al., 2005).

Los datos de diferentes estudios indican la existencia de un gran número de obstáculos que impiden a las mujeres que se encuentran en periodo perinatal, buscar y recibir la atención adecuada en materia de salud mental. Aunque más adelante volveremos sobre este tema, podemos adelantar que se ha comprobado que a menudo, es la reticencia a revelar de forma voluntaria información sobre sus problemas de salud mental la variable que dificulta el acceso a la atención integral (Dennis y Chung 2006; Flynn, Hendsha, O'Mahen y Forman, 2010; Reay, Matthey, Ellwood y Scott, 2011; Sword, Busser, Ganann, McMillan y Swinton, 2008; Woolhouse, Brown, Krastev, Perlen y Gunn, 2009). No lo hacen, condicionadas muchas veces, por barreras como el estigma social relacionado con los problemas de salud mental, la falta de conocimiento sobre la gravedad de la sintomatología o el miedo a que sus preocupaciones no sean tomadas en consideración (Dennis y Chung 2006; Flynn et al., 2010; Reay et al., 2011). Asimismo, se ha visto que la falta de compromiso por parte de las mujeres, puede ser debida a diferentes razones, entre ellas también cabría añadir, la de un personal insuficientemente implicado (Mitchell y Coyne, 2009) y la presencia de unos recursos limitados que aseguren un diagnóstico exacto de depresión que favorezca el

establecimiento de un correcto tratamiento y seguimiento (Gjerdingen y Yawn, 2007), entre otras.

A pesar de las dificultades reales detectadas, la evidencia demuestra que, la tarea de screening de la depresión en esta población es factible (Gordon, Cardone, Kim, Gordon y Silver, 2006; Miller, Shade y Vasireddy, 2009) y aumenta las tasas de detección y tratamiento (Bryan et al., 1999; Georgiopoulos et al., 1999; Georgiopoulos, Bryan, Wollan y Yawn, 2001) cuando se combina con cambios sistemáticos para garantizar que las mujeres reciben la atención adecuada (Bryan et al., 1999; Georgiopoulos et al., 1999; Georgiopoulos et al., 2001; Gordon et al., 2006; Miller et al., 2009). Llegar a un enfoque integrador podría superar la mayoría de los obstáculos mencionados, al tratar la depresión perinatal en los entornos clínicos obstétricos que cuenten con los recursos adecuados (Byatt, Simas, Lundquist, Johnson y Ziedonis, 2012).

Tal y como dictan dos de los organismos más importantes a nivel mundial en el campo de la salud en general y la salud materno-infantil en particular, la mejora de la atención al bienestar emocional de la mujer embarazada y en el posparto debe ser una prioridad y, el inicio de esta importante apuesta, debe basarse en el establecimiento de un sistema de detección precoz de los síntomas depresivos (ACOG, 2010; NICE, 2007).

Sin embargo, muchos autores destacan que la tarea de detección de la depresión puede resultar controvertida (Gilbody, Sheldon y Wessely, 2006; Palmer y Coyne, 2003; Thombs et al., 2012; Thombs, Ziegelstein, Roseman, Kloda y Ioannidis, 2014; Thombs y Ziegelstein, 2014).

Diversas instituciones de distintas partes del mundo, hacen referencia al ejercicio de screening de la depresión perinatal como parte de las tareas de atención sanitaria dirigida a las mujeres, aportando diferentes puntos de vista. En el transcurso de los años se ha producido una evolución que parece llevar hacia el establecimiento de recomendaciones sistemáticas, basadas en el creciente número de estudios y trabajos científicos disponibles.

Aunque ya en el primer capítulo hemos explicado con detenimiento, el estado actual respecto a los programas, las recomendaciones y los protocolos europeos e internacionales más destacados en la materia, a continuación se presentan algunas de las recomendaciones de varios de los organismos internacionales más importantes que conviene recordar.

Respecto a la detección de los problemas emocionales en la mujer durante su embarazo y el posparto, el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomienda en su guía *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and*

*service guidance Clinical guidelines*, publicada en 2007, la utilización de modo rutinario, por parte de los profesionales sanitarios, de 2 preguntas estandarizadas sobre la depresión (*Durante el mes pasado, ¿se ha sentido molesta a menudo, por sentirse triste, deprimida o sin esperanza? Durante el mes pasado, ¿se ha sentido molesta a menudo, por tener poco interés o placer en hacer las cosas?*) para valorar el estado de ánimo de las mujeres en varios momentos durante el curso del embarazo y después del parto (NICE, 2007). Más tarde, en su guía del año 2010, a pesar de seguir haciendo hincapié en la importancia de la salud mental materna, no aparece entre sus recomendaciones el uso de una herramienta de screening específica, pero insiste en que los profesionales sanitarios responsables del cuidado de la mujer embarazada en atención primaria, deben prestar especial atención ante la aparición de una posible depresión en sus pacientes (NICE, 2010). No obstante en la revisión de la guía sobre *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance Clinical guidelines*, en 2014, además de mantener las dos preguntas sobre la detección de los síntomas de depresión se recomienda: el uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) o el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) como parte de una evaluación más completa.

En el contexto de Atención Primaria de EE.UU, la *United States Preventive Service Task Force* (USPSTF, 2009), recomienda el uso de tareas de cribado para la depresión, solo cuando se dispongan de los programas de atención a la depresión y del personal adecuado para asegurar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.

En 2010, la ACOG apuntaba en sus publicaciones que las tareas de screening para la depresión deben considerarse seriamente tanto en el periodo de embarazo, como en el puerperio; sin embargo en su informe señaló que no había pruebas suficientes para apoyar una "recomendación consistente" de esta labor (ACOG, 2010). Posteriormente, este organismo ha publicado actualizaciones al respecto sobre el cribado de la depresión perinatal, en el que se recomienda el establecimiento de un screening de rutina para la depresión dirigido a todas las mujeres, el cual debe realizarse al menos una vez durante el periodo perinatal (ACOG, 2015).

Por otra parte, también en 2010, la *American Academy of Pediatrics* recomendaba que los pediatras realizaran un screening para la depresión a las madres durante las vistas rutinarias del niño sano, en los 6 meses posteriores al parto (Earls, 2010).

En el Reino Unido, el *National Screening Committee* determinó en 2001 (Shakespeare, 2001) y nuevamente en 2010 (Hill, 2010) que no hay pruebas de que el trabajo de detección de la depresión posnatal pudiera mejorar los resultados a nivel sanitario, puesto que ninguna de las recomendaciones se basó en una revisión sistemática de la evidencia.

Más recientemente, desde 2013, el *Canadian Task Force on Preventive Health Care's* (CTFPHC) propone una guía actualizada que recomienda el screening para la depresión perinatal (Joffres, et al., 2013). Además, como respuesta a la demanda de atención a la salud mental perinatal, la atención integral compuesta por, la vinculación sistemática de evaluación, la derivación y el tratamiento (Butler et al., 2008) ha sido recomendado por los principales organismos australianos (Austin y Highet, 2011).

En definitiva, la atención integral es considerada un enfoque eficaz para la adecuada gestión de la atención primaria de la depresión y la ansiedad, ya que su organización en este nivel, supone una mejora en el acceso, la adherencia y la respuesta al tratamiento, y a la vez resulta más rentable (Bartels et al., 2004; Butler et al., 2008; Butler y Kane, 2011; Neumeyer-Gromen et al., 2004).

### **7.2.1 Estudios de Control Aleatorio sobre los programas de screening para la depresión perinatal**

La atención ideal de la salud mental de la mujer en el periodo perinatal empieza por establecer programas de detección precoz eficaces. No obstante, es fundamental tener en cuenta que los criterios que deben cumplirse antes de que un programa de screening se considere óptimo para la práctica clínica están bien establecidos (Shakespeare, 2001; Hill, 2010; Raffle y Gray, 2007; Wilson y Jungner, 1968). Aquellas condiciones de salud sujetas a la detección precoz deben ser consideradas prevalentes, deben poder tratarse de manera efectiva y no ser fácilmente detectables sin tareas de cribado. Para considerar las estrategias de screening los métodos de detección deben ser precisos y conllevar solo un pequeño riesgo de resultados de falsos positivos (Thombs et al., 2014). El screening es considerado en algunos aspectos una intervención y, para poder recomendar su implementación, debe demostrarse mediante ECA que son mayores sus beneficios que sus daños potenciales (Thombs et al., 2014).

Sin embargo, atendiendo al estado actual de la investigación, podemos ver que no es abundante la cantidad de ECA que se han llevado a cabo con el objetivo de evaluar

la eficacia de las tareas de detección precoz en el campo de la salud mental materna. Además, algunos estudios o revisiones sistemáticas sobre las tareas de screening para la depresión en el periodo prenatal y posparto difieren en sus conclusiones.

Una de las principales razones por las que la mayoría de las revisiones sistemáticas presentan resultados discordantes, es que no se han definido las características necesarias que se deben contemplar para llevar a cabo los ensayos que ponen a prueba los efectos de las estrategias de detección precoz (Goodyear-Smith, van Driel, Arroll y Del Mar, 2012; Thombs et al., 2014; Thombs y Ziegelstein, 2014). Los estudios que determinen la eficacia de un programa de screening debe incluir el uso de herramientas de detección con un corte definido, con el objetivo de seleccionar pacientes para su posterior evaluación y, en caso necesario, ofrecer el tratamiento adecuado (Thombs et al., 2012; National Screening Committee UK, 2000). Además, dado que en nuestro caso, el screening es una estrategia que se lleva a cabo para identificar a las pacientes deprimidas, que aún no han sido diagnosticadas ni tratadas, la elección de las pacientes y la aleatorización deben ocurrir antes de realizar la tarea de screening y, solo deben incluirse las pacientes sin un diagnóstico y tratamiento actual. Con el fin de separar los efectos de la detección precoz, de los efectos de proporcionar atención adicional para la depresión, deben estar disponibles las mismas opciones de manejo de la depresión tanto para las pacientes incluidas en el grupo que realiza las tareas de detección precoz, como para el grupo de mujeres que no están incluidas en este grupo y que presentan diagnóstico de depresión (informado por la propia paciente o por diagnóstico claro sin ayuda de cribado) (Thombs et al., 2014).

Es importante saber que las tareas de screening también entrañan algunos riesgos que deben tenerse en cuenta, la USPSTF ha descrito algunos de los efectos adversos que pueden ocurrir. Por ejemplo, el resultado de obtener falsos positivos implicaría un elevado coste, puesto que, estas pacientes serían derivadas y diagnosticadas como deprimidas, lo cual implicaría la puesta en marcha de un tratamiento, con el riesgo potencial que ello implica, tanto en su dispensación como en el estigma asociado a la etiqueta de la paciente como deprimida (USPSTF, 2009). Por ello, antes de la puesta en marcha de un programa de screening, deben haber suficientes ECA de alta calidad que garanticen la mejora de los resultados de salud, que justifiquen el coste y exponga los posibles efectos adversos de la tarea de cribado (Hill, 2010; National Screening Committee UK, 2000; Raffle y Gray, 2007; Wilson y Jungner, 1968).

Como ya se ha adelantado, no disponemos de una gran cantidad de ECA que acumulen evidencia sobre las estrategias de detección precoz de los problemas de estado de ánimo en el periodo perinatal de la mujer. No obstante, a continuación comentaremos algunos de los trabajos más destacados que se han llevado a cabo en los últimos años.

En una revisión sistemática llevada a cabo en Reino Unido por la *Health Technology Assessment* (HTA) en 2005, los autores Gaynes et al. (2005) identificaron 10 estudios sobre la precisión de las estrategias de detección precoz de la depresión durante el embarazo o el posparto. Según los autores los resultados sugiere que algunos instrumentos de detección pueden ser factibles para identificar la depresión perinatal, pero que resulta fundamental para los profesionales sanitarios saber más acerca de la precisión de los instrumentos, de este modo se podría esclarecer cual puede ser el riesgo de obtener falsos negativos y lo que supondría asumir el riesgo de obtener falsos positivos. Por ello consideran que la depresión perinatal es un problema de salud mental en el que es probable que la sensibilidad sea más importante que la especificidad en las intervenciones de detección. Finalmente destacaron que, se necesita un mayor número de estudios con muestras más grandes y una mayor pluralidad étnica para obtener datos contundentes.

En 2009 este mismo organismo (HTA), realizó una nueva revisión en la que incluyó 5 estudios, 3 de los cuales eran ECA. En sus conclusiones apuntaron que no era posible diferenciar los efectos o beneficios producidos por las tareas de detección precoz, de las mejoras producidas por las intervenciones en atención a la depresión en las mujeres resultantes del screening positivo (Hewitt et al., 2009; Hewitt y Gilbody, 2009).

Sin embargo, posteriormente la *United States Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) llevaron a cabo en 2013 una revisión sistemática basándose en 5 estudios, 4 de los cuales eran ECA (Myers et al., 2013). Estos autores coincidiendo con la recomendación de la USPSTF para la atención primaria, que ya hemos comentado, concluyeron, que el screening para la depresión era factible cuando los entornos clínicos disponen de los medios necesarios para brindar una atención completa, pero no sin estos apoyos (USPSTF, 2009).

Esta notable diferencia en las conclusiones por parte de ambos organismos, puede entenderse puesto que, ninguno de los ECA de la revisión sistemática de la HTA (Hewitt et al., 2009; Hewitt y Gilbody, 2009) fueron incluidos en las revisiones

sistemáticas de las versiones de 2005 (Gaynes et al., 2005) ni en la revisión de 2013 de la AHRQ (Myers et al., 2013).

Siguiendo con el tema que nos atañe, resulta interesante destacar el trabajo de Austin, Priest y Sullivan (2008), estos autores realizaron una revisión sistemática con el objetivo principal de evaluar los efectos de la evaluación psicosocial prenatal (en comparación con la atención habitual prenatal) en la morbilidad de los problemas de salud mental de las mujeres durante el embarazo y el primer año después del parto. De todos los estudios recopilados, se descartaron 22 por no cumplir los criterios mínimos propuestos por los autores de la revisión y solo 2 ensayos (Carroll et al., 2005 y Webster et al., 2003) cumplieron las características de ECA sobre la evaluación psicosocial prenatal. A continuación, comentaremos brevemente las características y resultados de estos dos ECA de la revisión publicada en la Cochrane de Austin, Priest y Sullivan (2008) y las conclusiones más importantes de los autores de la revisión.

Webster et al. (2003) realizaron un ECA con una muestra de 600 mujeres embarazadas identificadas como de riesgo psicosocial significativo. Estas fueron asignadas al azar bien al grupo de intervención (basado en el programa IDEA: *Identify, Educate and Alert*) o bien al grupo control. En el grupo de intervención las mujeres eran evaluadas mediante la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) y una valoración del posible riesgo de DPP en función de su puntuación en la EPDS (identificación). A este grupo se le proporcionaba un folleto informativo sobre la DPP y los recursos locales disponibles (educación), más una carta que podían reenviar a los profesionales sanitarios de referencia para un asesoramiento de su posible riesgo de depresión posparto (alerta) Por otro lado, las mujeres asignadas al grupo control que recibiría la atención habitual, incluyendo los cuidados de la matrona y la derivación a la o el trabajador social o al servicio de psiquiatría, según las necesidades de la mujer. Se estableció un seguimiento a los cuatro meses después del parto realizando evaluaciones mediante el uso de la EPDS. De las 509 mujeres que realizaron el seguimiento, 371 (72.9%) respondieron. El 26% de las mujeres mostraron una puntuación en la EPDS mayor a 12. Sin embargo, los resultados no mostraron diferencias significativas entre el grupo de mujeres que recibió la intervención (46/192, 24%) y las mujeres del grupo control (50/177, 28.2%) en la primera medida de resultados (OR=0.80, IC 95%: 0.50-1.28).

Por otra parte, Carroll et al. (2005) realizó un ECA con el objetivo de comprobar si con el uso de un método de evaluación psicosocial prenatal llamado *Antenatal Psychosocial Health Assessment* (ALPHA) que incluye, la evaluación de 15 factores de



riesgo relacionados con alteraciones o consecuencias en el posparto asociados a la violencia de género, el abuso infantil, la DPP y los problemas de pareja, los profesionales sanitarios podían detectar a un mayor número de mujeres con problemas psicosociales en el periodo prenatal, que aquellos profesionales que proporcionaban la atención habitual. Un total de 21 (44%) profesionales sanitarios fueron asignados de modo aleatorio al grupo en el que se utilizó ALPHA y 27 (56%) profesionales formaron el grupo control. Participaron 227 mujeres, el grupo experimental lo formaron 98 mujeres, que fueron evaluadas con el método ALPHA y las 129 mujeres restantes formaron el grupo control. Los resultados mostraron que los profesionales del grupo que utilizó ALPHA fueron más capaces de identificar a las mujeres con problemas psicosociales, que los profesionales del grupo control (OR=1.8, IC 95%: 1.1-3.0;  $p=.02$ ), asimismo fueron capaces de evaluar y puntuar el nivel de preocupación de las mujeres como "alto" (OR=4.8, IC 95%: 1.1-20.2;  $p=.03$ ). Además, los profesionales que usaron ALPHA también eran más capaces de detectar problemas relacionados con la violencia familiar (OR=4.8, IC 95%: 1.9-12.3;  $p=.001$ ). Los autores concluyeron que ALPHA era una herramienta de evaluación prenatal útil para identificar a las mujeres con problemas de carácter psicosocial, que podrían beneficiarse de intervenciones adicionales.

En un análisis secundario del estudio de Carroll et al. (2005), Blackmore et al. (2006) examinaron el impacto de la utilización de la ALPHA en la identificación de los factores de riesgo psicosocial de las mujeres durante el embarazo, por parte de los profesionales de atención primaria. Los profesionales del grupo que utilizaron ALPHA, identificaron una proporción significativamente mayor de mujeres en periodo prenatal con factores de riesgo psicosocial (36%) comparado con la identificación conseguida por los profesionales del grupo control (26%) además también identificaron un número significativamente mayor de factores de riesgo por mujer (una media de 2.1) en comparación con el grupo control (media de 1.8) ( $z=-1.96$ ,  $p=.05$ ). Los profesionales del grupo que utilizaron ALPHA también identificaron un número significativamente mayor de mujeres que tenían el factor de riesgo de "historia de depresión" previa (16% en el grupo experimental frente a 6% del grupo control) ( $\chi^2=5243$ ,  $gl=1$ ,  $p=.03$ ) y el factor de riesgo de "haber presenciado o haber sufrido abusos en la infancia" (17% en el grupo experimental frente al 3% del grupo control) ( $\chi^2=12488$ ,  $gl=1$ ,  $p=.0005$ ). Los autores concluyeron que el uso de ALPHA supone un método sistemático de recogida de factores de riesgo psicosociales prenatales para la DPP para los profesionales sanitarios de atención primaria.

Austin, Priest y Sullivan (2008) concluyen en su revisión que aunque se ha visto que el uso de una evaluación psicosocial prenatal puede aumentar el conocimiento de los profesionales encargados de la atención perinatal de los factores de riesgo psicosociales, ninguno de estos pequeños estudios proporcionan la evidencia suficiente que determine de forma rotunda que la evaluación psicosocial prenatal realizada de forma rutinaria en los servicios de atención prenatal, por sí misma, conduzca a mejores resultados perinatales de salud mental en las mujeres. Por ello, los autores insisten en que se requieren más estudios con un mayor tamaño de la muestra y mejor poder estadístico para intentar establecer sistemas eficientes para este importante problema de salud pública. Añaden además que los estudios deberían reportar resultados hasta un año después del parto, no solo sobre la madre, sino también sobre el estado de salud del niño/a y la familia en su conjunto.

En cuanto a los estudios de revisión más recientes sobre las tareas de screening en el periodo prenatal y el posparto, conviene desatacar el trabajo de Thombs et al. (2014). Estos autores realizaron un estudio de revisión sistemática con el objetivo de determinar si la detección de la depresión contribuía en la mejora de los síntomas en las mujeres durante el embarazo o el puerperio, en comparación con la atención habitual. Los autores utilizaron un amplio conjunto de criterios para determinar si los estudios revisados evaluaban el screening de la depresión perinatal de modo adecuado, teniendo en cuenta: los criterios de elección de las pacientes y de la asignación al azar antes de la selección; la exclusión de las pacientes con un diagnóstico de depresión o tratamiento de la misma en el momento de inicio del estudio; la dispensación en ambos grupos del ensayo, de opciones similares para el manejo de la depresión a las pacientes que a través del screening u otros procedimientos se determinase que sufren depresión. Finalmente encontraron 9242 posibles trabajos relacionados, pero de estos solo 15 fueron seleccionados para ser revisados y de estos, solamente 1 era un ECA sobre el screening de la depresión en el periodo de posparto y ningún ECA hacía referencia al screening durante el embarazo.

El ECA analizado, Leung et al. (2010) fue realizado en Hong Kong, la muestra estaba formada por 462 mujeres reclutadas a los 2 meses de posparto. Un total de 231 mujeres formaron el grupo experimental que realizó el screening mediante una batería de medidas: la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Lee et al., 1998); la General Health Questionnaire-12 (GHQ-12; Pan y Goldberg, 1990), el Parenting Stress Index (PSI; Lam, 1999) y el Chinese Kansas Marital Satisfaction Scale (CKMSS; Shek et al., 1993). Las 231 mujeres restantes formaron el grupo control y fueron evaluadas mediante la

General Self-Efficacy Scale (Zhang y Schwarzer, 1995). Ambos grupos completaron en primer lugar, cuestionarios sobre sus características sociodemográficas y factor de riesgo. Posteriormente una enfermera no experta realizó una entrevista de evaluación sobre los síntomas y se encargó de proporcionar recomendaciones. Según los resultados de la evaluación completa, la enfermera derivó a las participantes para recibir intervención según el protocolo establecido. Las participantes del grupo experimental con puntuaciones menores a 10 en la EPDS y sin ideación suicida, recibieron la atención habitual. Las mujeres del grupo experimental con EPDS mayor o igual a 10, recibieron una mínima intervención, proporcionada por una segunda enfermera, sobre counselling y recomendaciones para el manejo de los síntomas depresivos. Las mujeres del grupo control que tras la evaluación indicaban sintomatología relacionada, recibieron una intervención similar (asesoramiento) y las mujeres que no presentaban ninguna alteración recibieron la atención habitual. Del grupo de las 231 mujeres que recibieron el screening, 73 (32%) fueron identificadas como posiblemente deprimidas y de estas, 55 mujeres (24%) recibieron una mínima intervención de counselling. En el grupo control, solamente 14 (6%) de las 231 pacientes fueron identificadas como posiblemente deprimidas y de estas, solo 11 (5%) recibieron una intervención similar. En ambos grupos, a las mujeres identificadas con síntomas de depresión se les ofreció la opción de seguimiento de acuerdo con su protocolo.

Se realizaron dos seguimientos, a los 6 meses de seguimiento, 430 (93.1%) completaron los cuestionarios (215 por grupo). Los resultados mostraron que los análisis basados en “intended to treat” indicaban que un menor número de mujeres en el grupo de intervención ( $n=30$ , 13%) tenían puntuaciones EPDS por encima del punto de corte comparadas con las mujeres del grupo control ( $n=51$ , 22.1%) ( $RR= 0.59$ , IC 95%: 0.39 - 0.89). Después de ajustar los datos por factores conocidos de la depresión perinatal, el efecto significativo se mantuvo.

A los 18 meses, 166 (71.9%) del grupo de intervención y 167 (72.3%) del grupo de control completaron los cuestionarios. Los resultados mostraron que 34 mujeres del grupo experimental (18 habían sido evaluadas como negativas al inicio y a los 6 meses; 16 habían sido evaluadas como positivas al inicio y/o a los 6 meses) y 31 mujeres del grupo control (13 habían sido evaluadas como negativas al inicio y a los 6 meses; 18 habían sido evaluadas como positivas al inicio y/o a los 6 meses) presentaban puntuaciones en EPDS por encima de 10 ( $RR= 1.10$ , IC 95%: 0.70-1.73). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de intervención y control en todas las demás medidas de resultado a los 6 y 18 meses.

Según los autores, los resultados indican que las mujeres que pasaron por un programa de screening para la depresión usando la EPDS tuvieron mejores resultados respecto a su salud mental a los 6 meses, que aquellas mujeres que recibieron la atención habitual. Además, indican que la diferencia esencial entre los dos programas fue el método de identificación.

Thombs et al. (2014) basándose en otros autores como Ioannidis (2005) advierten en sus conclusiones, que resultados positivos de ensayos con poca potencia, que reportan efectos excesivamente grandes y estadísticamente significativas son a menudo falsos positivos, por ello los resultados de los estudios deben ser interpretados con cautela. Finalmente, los autores refieren que en la actualidad no hay evidencia de ECA bien diseñados que prueben que las estrategias de screening para la depresión pudieran beneficiar a las mujeres durante el embarazo o después del parto, sin embargo apuntan que las directrices existentes recomiendan que las tareas de screening para la depresión tanto en el periodo prenatal como posparto deberían volver a considerarse (Thombs et al., 2014).

### **7.2.2 Hacia una evaluación psicosocial integrada de la depresión perinatal**

Cuando hablamos de atención psicosocial, estamos haciendo referencia al uso de herramientas de evaluación estandarizadas, administradas de manera integrada en un proceso sistemático que permita la evaluación integral de los factores de riesgo relacionados con todas las áreas de la vida, que intervienen en el periodo perinatal de una mujer. Lograr dicha evaluación psicosocial es algo factible (Gordon et al., 2006; Hewitt et al., 2009; Kim et al., 2010a). El objetivo fundamental de su implementación es mejorar la detección precoz (Carroll et al., 2005; Mitchell y Coyne, 2009) y facilitar el triaje de aquellas mujeres que presenten síntomas indicativos de problemas psicológicos, para asegurar que reciban la atención apropiada (Priest, Austin, Barnett y Buist, 2008).

Sin embargo, la realidad de hoy, muestra una serie de carencias tanto a nivel práctico, como es la falta grave en la gestión de recursos, como a nivel teórico puesto que hay una carencia de evidencia científica de suficiente peso, que restringen el establecimiento de las tareas de evaluación rutinaria de los problemas o alteraciones emocionales en la mujer durante el periodo de gestación o de posparto.

Pocos son los estudios que han evaluado la atención psicosocial integrada durante el periodo perinatal. Algunos de ellos como, Miller et al. (2009); Flynn et al. (2006b) y Gjerdingen, Katon y Rich (2008), han mostrado tasas de screening prenatal altas. Algunas han alcanzado el 95% (Flynn et al., 2006b) y el 62,5% (Miller et al., 2009) con unas tasas de rechazo bajas (<4%), lo cual demuestra la aceptación por parte de las mujeres de las tareas de detección y seguimiento de los cuidados (Miller et al., 2009).

Uno de los principales problemas con los que nos encontramos, es que los estudios existentes sobre la atención a la salud mental perinatal integrada, presentan numerosas limitaciones (Kingstone et al., 2014), en líneas generales, relacionados con: la falta de grupo control de comparación; la falta de una evaluación sistemática adecuada; la excesiva focalización en el abordaje de la depresión sin atender el nivel de estrés y la ansiedad que también puede experimentar la mujer en este periodo y la falta de evaluación de los resultados clínicos. A todas estas se suman las barreras que como ya hemos comentado y más adelante volveremos a ver, suelen presentar tanto los profesionales sanitarios responsables del cuidado, como las propias mujeres protagonistas. Por último, cabe añadir la escasez de uso de las TIC's, a pesar de recomendarse como un elemento clave para el éxito de la atención integrada (Butler et al., 2008).

En su conjunto, estas limitaciones ponen de manifiesto la falta de precisión y calidad que ofrece la investigación actual en términos de aplicación de la atención psicosocial integrada en el ámbito clínico. Con ello se evidencia la necesidad de diseñar y evaluar rigurosamente las intervenciones integradas, en un sistema que reduzca las barreras y promueva el acceso a la atención de salud mental perinatal, mediante la vinculación de la evaluación psicosocial normalizada a la atención eficaz de la salud mental de las mujeres (Kingstone et al., 2014).

Algunos autores afirman que un conjunto de intervenciones clínicas bien establecidas, un programa integral que incluya estrategias de screening estandarizado y un ajuste de los recursos a nivel de sistema sanitario, pueden ser herramientas útiles para ayudar a los programas obstétricos ambulatorios a un mejor abordaje de la depresión perinatal (Kim et al., 2010a; Sword et al., 2008; Ziedonis, 2004).

Byatt et al. (2012) realizaron un estudio de revisión, que volveremos a comentar más adelante, en el analizaron diversos estudios sobre las intervenciones clínicas, los programas y el estado de los sistemas de salud que pueden optimizar los recursos dirigidos a la atención de la depresión perinatal. De los 7768 estudios de diferentes tipos encontrados, se identificaron 49 documentos sobre barreras y facilitadores, y 17

documentos sobre las intervenciones en entornos de atención obstétrica dirigidos a implicar a las mujeres y/o profesionales sanitarios en la atención a la depresión perinatal.

Por ser el tema que nos atañe en este punto, nos detendremos en explicar los argumentos y las conclusiones a las que llegan este grupo de autores en cuanto a los cambios organizacionales en los recursos que precisan las intervenciones dirigidas a la atención de la depresión perinatal.

Los autores proponen que, el desarrollo de un enfoque multidisciplinario que incluya las estrategias para mejorar la clínica, los cambios en los programas de atención a la mujer en periodo perinatal, y los cambios también a nivel de sistema, son factores de suma importancia para abordar el aumento de problemas ocasionados por la depresión perinatal. Ellos apuntan que los puntos de atención obstétrica ambulatoria, son contextos muy favorables que brindan una oportunidad única para hacer frente a la depresión en este periodo de la vida de la mujer (Byatt et al., 2012).

Basándose en otros estudios (Gjerdingen et al., 2008), Byatt et al., (2012) proponen que un modelo de atención escalonado, en el que la detección, diagnóstico y tratamiento comienzan en un entorno de atención primaria, puede servir de modelo para la atención de la depresión perinatal en el contexto de las consultas obstétricas ambulatorias.

Los autores apoyan la idea de que, una formación más avanzada de los profesionales puede conducir a una mejor detección, a la vez que palia las concepciones erróneas que sustentan la estigmatización que rodea las intervenciones de salud mental. Proponen que el personal de enfermería también puede llevar a cabo la detección y ofrecer psicoeducación. El trabajo social, la enfermería e incluso el personal administrativo pueden ser entrenados para hacer que el proceso de derivación sea transparente, flexible y oportuno, lo cual a su vez haría disminuir la percepción de las mujeres de que no reciben atención o no se dispone de los profesionales de salud mental necesarios (Byatt et al., 2012). Ofreciendo de modo rutinario en las clínicas ambulatorias obstétricas, la posibilidad de acceder al tratamiento para la depresión, puede permitir a los profesionales sanitarios establecer relaciones con los profesionales en salud mental y con ello facilitar el proceso de derivación, mientras que se proporciona un entorno en el que sus pacientes pueden recibir atención con unas condiciones de estigmatización bajas. Además añaden que, la tarea de screening tendría mayor éxito si los obstetras adoptan un papel claro en cuanto a cómo hacer la derivación y/o dirigir un tratamiento (Byatt et al., 2012).

Programas con características muy similares a las que acabamos de comentar son utilizadas en diferentes partes del mundo, por ejemplo en EE.UU existen Sistemas de Programas Integrados como *Integrated Obstetric and Mental Health Care Program*, *Massachusetts Child Psychiatry Access Project*, y el *Addressing Tobacco Through Organizational Change* que ofrecen modelos de organización para atender las necesidades de salud mental de las mujeres en los entornos perinatales en los que reciben atención.

En cuanto a los cambios en los sistemas de salud, los autores insisten en que es primordial contar con la colaboración de diferentes organismos para llegar a un acuerdo factible. Se precisa establecer cambios mediante los organismos gubernamentales y las políticas de salud para mejorar la calidad de la atención y reducir los costes. La administración de un tratamiento para la depresión perinatal podría mejorarse mediante nuevas políticas basadas en la evidencia y leyes encaminadas a cambiar la organización de la atención a la salud mental (Byatt et al., 2012). Por ello, basándose en otros estudios se apunta a que, este hecho debería incluir una legislación que establezca la atención paralela de la salud mental con la enfermedad física, y el establecimiento de un apoyo financiero para la atención de la depresión perinatal por parte de las organismos gubernamentales públicos y las compañías de seguros privadas (Sobey, 2002).

Finalmente concluyen que, es fundamental acumular un importante número de estudios científicos que evidencien la necesidad de establecer cambios estratégicos, para lograr una atención adecuada a la salud mental perinatal. Del mismo modo afirman que, los profesionales sanitarios del campo de la obstetricia, deben ser apoyados y asesorados, como responsables de primera línea de las mujeres en periodo perinatal, en el manejo de un programa de detección estructurado universal y la derivación, así como en la formación profesional adecuada y la supervisión y colaboración de los profesionales de salud mental. Las futuras intervenciones a nivel de programa, deben tratar de integrar las tareas de detección precoz y el tratamiento de la depresión en la atención perinatal de rutina a través de cambios en la organización y los recursos, con el objetivo de aumentar el acceso y la participación en la atención de la depresión perinatal (Byatt, 2012).

Conseguir establecer un sistema de detección de la depresión perinatal es un reto (Buist et al., 2006; des Rivières-Paloma, Saurel-Cubizolles y Lelong, 2004), pero es posible con el screening sistemático de todas las mujeres embarazadas (Armstrong y

Small 2007; Flynn et al., 2006b) o las mujeres que se encuentran en periodo de posparto (Chaudron, Szilagyi, Campbell, Mounts y McInerney, 2007; Horowitz y Cousins, 2006).

En el trabajo de Rowan et al. (2012) se evaluó la viabilidad de implementar un programa de screening sistemático para la depresión en la práctica obstétrica y valorar el grado de detección y derivación, además de la vinculación existente con los comportamiento de salud relacionados que se esperaban de las mujeres. La muestra estaba formada por 2199 mujeres embarazadas de diferentes etnias reclutadas en las clínicas obstétricas *Kelsey-Seybold Clinic* de Houston, Texas (EE.UU). La tarea de detección se realizó utilizando la Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987), ésta se administraba en la cita inicial de la consulta de seguimiento del embarazo. En el caso de obtener puntuaciones mayores a 14 en la EPDS, se aconsejaba a las mujeres la búsqueda de una nueva evaluación de salud mental a través de la cobertura de salud de cada una de ellas. Pasadas 4 semanas, el personal de la clínica contactaba por teléfono con las mujeres, para determinar si habían seguido las recomendaciones indicadas por los profesionales y habían iniciado conductas de búsqueda para una evaluación más amplia de su salud mental. Los datos sobre el screening en el posparto se evaluaron de forma similar. Del total de las participantes, unas 102 mujeres (4.6%) obtuvieron puntuaciones igual o superior a 14 en la escala EPDS. Mediante las llamadas de seguimiento se reveló que ninguna había llevado a cabo más conductas para una evaluación de salud mental más completa. De las 2199 mujeres, los datos disponibles en cuanto a screening y seguimiento, a las 6 semanas del parto, era de 569 mujeres. De estas, 28 mujeres (4.9%) presentaban una puntuación en la EPDS por encima de 14 y 5 mujeres (17.9%) informaron haber realizado conductas de búsqueda para una mayor atención en salud mental tras la detección y derivación. En base a los resultados de su estudio, estos autores apuntan que, la depresión perinatal puede abordarse con las tareas de detección sistemática adecuadas y un registro en la historia clínica electrónica de fácil acceso que permita controlar los resultados. Añaden además que, las tareas de screening y derivación al comienzo del embarazo no conducen siempre a la prevista puesta en marcha de comportamientos en busca de una mejora en la atención de la salud, sin embargo, si se llevan a cabo en el periodo de posparto sí parece mostrar una influencia modesta (Rowan et al., 2012).

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios científicos actuales, se hace evidente que para conseguir un abordaje integral de los trastornos de estado de ánimo en el periodo perinatal, es necesario establecer un sistema de screening que contemple la valoración psicosocial, organizado de modo que sistemáticamente quede vinculado a



la correspondiente derivación y se establezca así, un adecuado tratamiento y seguimiento para que todas las mujeres que lo necesiten puedan obtener una atención completa y sin fisuras.

Desde una perspectiva socioeconómica, en los sistemas de salud, el coste asociado a los resultados adversos devenidos por los problemas de salud mental en el embarazo son sustanciales (Kingston, 2011; Kingston, Tough y Whitfield, 2012; Petrou, Cooper, Murray y Davidson, 2002; Petrou, 2003; Petrou et al., 2003; Petrou, 2005), no olvidemos que los síntomas de la depresión prenatal, el estrés y la ansiedad tienden a continuar en el periodo posnatal, y estos influyen en la calidad del medio o contexto posnatal del niño (Horowitz y Goodman, 2004; Mayberry, Horowitz y Declercq, 2007; Sharpley y Rogers, 1984), además las opciones de tratamiento en el posparto son limitadas (Bowen et al., 2012) y como ya hemos comentado en el capítulo 5, las repercusiones en el desarrollo del niño pueden ser severas (Waddell et al., 2005). Por lo tanto, existe una inminente necesidad de evaluar la intervención prenatal temprana, como una estrategia plausible que puede prevenir o disminuir el riesgo de esos resultados adversos tanto en la madre como en el feto y el futuro niño/a.

### ***7.3 Barreras y factores facilitadores relacionados con la atención a la salud mental perinatal***

Dada la necesidad de establecer intervenciones accesibles para la atención de la salud mental en el periodo perinatal, es fundamental identificar por un lado, cuáles son las barreras o limitaciones existentes que dificultan la puesta en marcha y el acceso de las mujeres a los recursos dirigidos a la evaluación y tratamiento de sus problemas emocionales, y por otro lado, los factores o componentes clave que contribuyen a su eficacia y facilitan una implementación exitosa de dichos recursos, en todos los contextos sanitarios donde se ofrece atención sanitaria perinatal.

#### **7.3.1 Barreras y facilitadores en el acceso a la atención**

Respecto a las intervenciones dirigidas a la evaluación, al inicio de este apartado, ya comentamos algunas de las barreras que presentaban muchas mujeres ante la posibilidad de acceder a la atención de los posibles problemas emocionales que pueden ocurrir durante el embarazo o el posparto. Es en este momento en el que conviene añadir a los argumentos anteriormente explicados, las aportaciones de algunos estudios

realizados más recientemente respecto a esas barreras y facilitadores que intervienen a la hora de abordar la evaluación de la depresión perinatal.

Byatt et al. (2012) en su trabajo de revisión, se propusieron identificar las principales barreras y los factores facilitadores imperantes en el panorama actual para hacer frente a la necesidad de atención a la depresión perinatal. En sus resultados refieren que las principales barreras encontradas según los estudios revisados incluyen: a) el estigma social relacionado con los problemas de salud mental; b) la falta de habilidades en la atención de las alteraciones emocionales de los profesionales en la obstetricia; c) la falta de recursos y la limitación en el acceso al tratamiento en temas de salud mental. Respecto a los factores facilitadores los autores destacan: a) el aumento de la participación activa por parte de las mujeres en las interacciones con los profesionales de la atención médica obstétrica; b) la capacitación y habilidad del personal sanitario; c) la disposición de una evaluación estandarizada y mecanismos de derivación adecuados; por último, d) la mejora de los recursos en materia de salud mental.

El segundo trabajo a destacar es el realizado por Kingston et al. (2015a), estos autores desarrollaron recientemente un estudio en el que encuestaron a un grupo de 500 mujeres (460 respondieron) con el fin de identificar las barreras y los factores facilitadores que influyen en las respuestas de las mujeres, ante la posibilidad de acceder a la evaluación de su salud mental en el periodo prenatal. A pesar de que no es prudente generalizar los resultados por la limitación que supone la homogeneidad de la muestra, los resultados mostraron que las barreras más comunes entre las mujeres fueron: a) la normalización por parte de otras personas significativas de sus dificultades emocionales; b) la preferencia por resolver sus problemas emocionales por su propia cuenta, prefiriendo hablar de sus sentimientos y dificultades con otras personas importantes en su vida; c) la dificultad en identificar que emociones son o no normales. Por otra parte, los principales facilitadores identificados fueron: a) las características personales de los profesionales sanitarios (sensibilidad e interés); b) tener la convicción de que la salud mental es una parte de la atención prenatal de rutina; c) saber que los problemas emocionales durante el embarazo son comunes a otras mujeres y saber que hay ayuda profesional disponible.

Muchos de los numerosos estudios que a lo largo de todo este trabajo hemos comentando, nos muestra que la detección de la sintomatología depresiva durante el embarazo sigue siendo problemática, no obstante, debemos recordar que las estrategias de detección se puede mejorar mediante la administración de una valoración

estandarizada sencilla de la sintomatología depresiva durante la atención prenatal de rutina (Blackmore et al., 2006). Si como vemos, existen barreras claras para abordar la depresión perinatal (Byatt et al., 2012; Kingston et al., 2015a), también hay formas eficaces de hacerles frente (Byatt et al., 2012).

La evaluación de los factores de riesgo psicosocial y los síntomas relacionados con las alteraciones emocionales de las mujeres, durante los controles regulares de embarazo dan la oportunidad de vincular su atención con los servicios apropiados (Austin, Priest y Sullivan, 2008). El enlace entre los distintos ámbitos clínicos y la comunicación entre las mujeres y los profesionales sanitarios debería ser fácil, rápida y eficaz. Al igual que apuntábamos en el apartado anterior, en el que ya hemos avanzado algunas de sus ventajas, una opción sería, poder contar con la ayuda de las TIC's. No es una novedad pensar en las tecnologías como un medio para la evaluación psicológica, desde hace ya algunos años distintos autores de otros ámbitos de la psicología, trabajan de manera amplia tanto en la evaluación como en la intervención online (Baños, Guillén, García-Palacios, Quero y Botella, 2013; Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2010) pudiendo también de este modo, conseguir realizar un seguimiento de los pacientes mediante el uso de las TIC's.

### **7.3.2 Barreras y factores facilitadores respecto a las intervenciones de screening**

A todo lo expuesto hasta el momento debemos sumar la precaución de tener en cuenta cual es la opinión de las mujeres protagonistas respecto a la posibilidad de recibir atención en materia de salud mental, en un periodo de su vida tan importante. Hasta ahora hemos visto algunos de los factores que impiden o dificultan a las mujeres acceder a la evaluación de su estado emocional en el periodo perinatal, así como los facilitadores que propician su adecuada puesta en marcha. Del mismo modo, resultaría muy favorable tener en cuenta cuáles son sus preferencias al respecto.

El estudio más actual de Kingston et al. (2015a) que ya se ha explicado en líneas anteriores, también contemplaba entre sus objetivos el estudio descriptivo para determinar las preferencias de las mujeres embarazadas con respecto a la atención de su salud mental. Sobre el total de mujeres que participaron (N=460) los resultados mostraron que, la mayoría (97.6%) se sentían cómodas con la evaluación de su estado de salud mental durante el embarazo. Concretamente el 74.8% se mostró muy cómoda

y el 22.8% bastante cómoda. Respecto al método de evaluación, la mayoría presentaron preferencia por la cumplimentación por escrito o mediante el uso de las TIC's en el lugar donde reciben la atención obstétrica o en su hogar, sin embargo, menos mujeres refirieron preferencia por el screening mediante el uso del teléfono. En los resultados también se observó que las mujeres tenían preferencia por los enfoques en los que es el profesional el que inicia el contacto (97.4%) frente a los enfoques en los que es la propia mujer la que inicia el contacto (68.7%).

Estudios como el de Kingston et al. (2015a) muestran una alta aceptabilidad de las tareas de screening en el periodo prenatal, lo cual resulta clave a la hora de llevar a cabo la implementación de las intervenciones de detección precoz de un modo universal y además añaden flexibilidad a las opciones de administración, puesto que existe la posibilidad de que los profesionales puedan elegir el método de cribado más adaptado a las condiciones de su entorno clínico (Kingston et al., 2015a).

Kingstone et al. (2015b) llevaron a cabo otro trabajo con un subgrupo de mujeres que habían participado en el estudio anterior (N=460) y que habían sido evaluadas respecto a su salud mental durante el embarazo (n=238). Los datos mostraron que, entre todas estas mujeres, el 63% valoraba el screening como una intervención positiva; el 69% se mostraban contentas por haber recibido la evaluación para la detección precoz, y el 87% interpretó la tarea de screening como una evidencia de que el personal sanitario responsable de su atención se preocupaba por su bienestar. Solo una mujer identificaba la tarea de cribado como una experiencia negativa. El único factor asociado con la percepción de la experiencia de las tareas de detección precoz como positiva o negativa, era el grado de comodidad de la mujer con el screening. Según los autores sus hallazgos sugieren que las mujeres valoran las tareas de cribado positivamente y que están dispuestas a revelar sus preocupaciones sobre su salud mental. Sin embargo, la percepción de incomodidad o vergüenza con la tarea de cribado a la hora de manifestar los síntomas, tiene el potencial de cambiar la decisión consciente de las mujeres a no querer divulgar sus problemas de salud mental. Finalmente Kingston et al. (2015b) añaden que los resultados de su estudio son un argumento válido contra la preocupación sobre si los daños o inconvenientes superan los beneficios del screening. Los autores afirman que si bien esta posición generalizada se basa en pocas pruebas, los resultados de su estudio proporcionan evidencia empírica de que la mayoría de las mujeres embarazadas valoran la experiencia del cribado como muy beneficiosa y poco perjudicial.

Cabe añadir que estos mismos autores publicaron otro estudio (Kingston et al., 2015c) con resultados relacionados con la misma muestra. Pretendían evaluar la disposición de las mujeres a revelar sus problemas de salud mental y los factores asociados a este. Los resultados mostraron que el 79% de las mujeres podrían mostrarse completamente honestas en sus respuestas. Sin embargo, aquellas mujeres que temían que el profesional sanitario las pudiera ver como “malas madres” tenían menor probabilidad de ser francas en sus respuestas. El estudio reveló una asociación significativa entre el enfoque de los métodos de detección (anónimos mediante el uso de ordenadores, o menos anónimos como la conversación o la entrevista telefónica) y el grado de honestidad en las respuestas de las mujeres. Los autores concluyen que en los entornos clínicos en los que se utilizan enfoques poco anónimos (mediante la conversación o el teléfono) se deben incrementar los esfuerzos que garanticen la comodidad de la mujer, de modo que favorezca la expresión de respuestas sinceras sobre su estado emocional perinatal. Además, los factores relacionados con el estigma influyen en su voluntad a la hora de revelar sus problemas en salud mental. En último lugar, Kingston et al. (2015c) añaden que las estrategias para reducir el estigma durante el screening deben estar garantizadas para lograr mejorar la detección temprana de la enfermedad mental prenatal.

### **7.3.3 Barreras y facilitadores relacionados con el tratamiento**

Respecto a las intervenciones dirigidas al tratamiento de las alteraciones del estado de ánimo, a pesar de la demostrada existencia de tratamientos empíricamente validados para la depresión, la realidad actual muestra claramente que en general, la prestación de servicios en materia de salud mental es inferior al adecuado tanto en calidad como en accesibilidad. Existen numerosos tratamientos psicológicos con eficacia comprobada, que en muchos casos no llegan a los pacientes que más lo necesitan (Kazdin y Blase, 2011; Shoham y Insel, 2011).

En la población general menos del 50% de las personas con depresión recibe un tratamiento basado en la evidencia, bien por falta de profesionales bien entrenados, por el coste económico que implica, o bien por la falta de tiempo requerido para su aplicación (Andrade et al., 2003).

Actualmente se han realizado numerosos estudios sobre las razones que impiden que los tratamientos psicológicos lleguen a aquellas personas que más lo

necesitan, de entre la multitud de razones existentes destacan, las barreras geográficas (como vivir en zonas rurales), la dificultad de acceso a las instalaciones o a los propios profesionales, las barreras étnicas y culturales (Hinrichsen, 2010; Institute of Medicine, 2008), y también otro tipo de obstáculos más concretos como, las dificultades relacionadas con el transporte, el cuidado de niños o personas mayores, etc. (Kazdin y Blase, 2011). A todo lo anterior cabe añadir la estigmatización que existe respecto a las personas que tiene problemas de salud mental o son tratados por profesionales de este campo (Sartorius, 2002; Weissman et al., 1996). Todo ello hace que en muchas ocasiones las personas que sufren algún trastorno, tengan dificultades o no se decidan a buscar la ayuda pertinente (Bebbington et al., 2000; Gaston et al., 2006; Titov, 2011). Por otra parte, también existe la posibilidad de que las personas que se deciden a recibir tratamiento, puedan no recibir el adecuado (Ehlers, Gene-cos y Perrin, 2009; Goisman, Warshaw y Keller, 1999; Wang et al., 2005), o de que busquen la ayuda profesional una vez el problema ya haya provocado efectos adversos graves en sus vidas (Kessler y Greenberg, 2002).

Algunas de las barreras y limitaciones e incluso algunos de los factores facilitadores, coinciden cuando hablamos de evaluación y tratamiento de los problemas de estado de ánimo en las mujeres durante el embarazo y el posparto. Los estudios al respecto muestran, que muy pocas mujeres embarazadas y puérperas buscan ayuda de forma proactiva o participan en el tratamiento de sus problemas emocionales (Dennis y Chung-Lee, 2006; Sharma y Sharma, 2012).

A pesar del enorme impacto que supone, menos de la mitad de las mujeres que sufren depresión en el periodo perinatal reciben tratamiento (Flynn, Blow y Marcus, 2006a). El problema es verdaderamente preocupante puesto que, incluso cuando son identificadas como de riesgo para la depresión, muchas mujeres quedan sin recibir un tratamiento eficaz (Horowitz y Cousins, 2006). Incluso en el periodo de posparto, los datos indican que menos del 50% de las mujeres recibe ayuda para superar la depresión (Austin et al., 2008; Cox et al., 2003; Watt et al., 2002).

Anteriormente ya hemos mencionado que algunas de las principales barreras que las mujeres con depresión perinatal presentan a la hora de buscar y recibir tratamiento psicológico son el poco tiempo disponible, la dificultad en el acceso al transporte y la necesidad de cuidado de otros niños (Dennis y Chung-Lee, 2006; Goodman, 2009). A estas barreras debemos añadir las relacionadas con las creencias sociales sobre la salud mental, dado que también tienen un gran impacto en la aceptabilidad de la atención integral, las preferencias y la aceptación del tratamiento

(ten Have et al., 2010; Coppens et al. 2013; Jorm et al., 2003). Mencionaremos a este respecto, el estigma social asociado a los trastornos mentales puesto que dificulta la búsqueda de tratamiento, lo cual junto a otras limitaciones como, el temor a que el profesional sanitario pautе tratamiento farmacológico, la falta de conocimientos sobre si la sintomatología que la mujer experimenta es normal o no y el temor a que sus preocupaciones no sean tomadas en consideración se definen como factores determinantes a la hora de buscar ayuda (Dennis y Chung-Lee 2006; Flynn et al., 2010; Reay et al., 2011). Asimismo, sentirse avergonzada por estar deprimida y creer en la necesidad de mostrar sentirse bien en todo momento (Bennett et al., 2007; McIntosh, 1993; Small, Brown, Lumley y Astbury, 1994), esforzándose por reducir al mínimo las dificultades que realmente experimentan (Holopainen, 2002; Whitton, Warner y Appleby, 1996), además de no considerar que los trastornos emocionales son un problema de salud (Anderson et al., 2006; Dennis y Chung-Lee, 2006; McIntosh, 1993; Small et al., 1994) son también algunos de los pensamientos y conductas erróneas que siguen presentes en nuestro entorno social.

Los estudios han demostrado que los procesos de toma de decisiones entre las familias jóvenes están muy influenciados por las experiencias y opiniones de amigos y miembros de la familia (Dennis y Chung-Lee, 2006; Public Health Agency of Canada, 2009). Las preferencias y decisiones sobre tratamientos, como comentamos, están muy relacionadas con las creencias sociales sobre las causas de las alteraciones en salud mental y como ya hemos dicho, el estigma relacionado con el tratamiento, factor que incide notablemente en la búsqueda de ayuda, los comportamientos, los resultados y la adherencia al tratamiento (Dennis y Chung-Lee, 2006; Reavley y Jorm, 2011; Rusch et al., 2011; ten Have et al., 2010). Hoy sabemos que la asociación inversa entre el estigma imperante acerca de la depresión y la búsqueda de ayuda está presente en la población general (Coppens et al., 2013), cuando se trata de mujeres en periodo perinatal puede ser que esta estigmatización sea, si cabe, más pronunciada. El estigma de ser una madre incompetente o un peligro para sus hijos se suma a su carga sustancial de preocupación lo cual acrecienta las dificultades para la búsqueda y obtención de un tratamiento eficaz (Flynn, et al., 2010).

Sobre esta cuestión, Kingston et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de identificar cual era la visión general de la sociedad, con respecto al cuidado de la salud mental y el tratamiento en mujeres embarazadas y posparto, para determinar los factores asociados a esas opiniones. Para llevar a cabo el estudio se realizó una encuesta telefónica asistida por ordenador realizada por el *Population Research Laboratory* con

una muestra aleatoria de adultos en Alberta, Canadá. Las preguntas fueron extraídas de un estudio sobre salud mental perinatal (Perinatal Depression Monitor) basado en población australiana. Se encuestaron 1207 personas. Los resultados del estudio mostraron una alta aceptabilidad de las tareas de screening para los problemas de salud mental perinatal, la mayoría de los encuestados estaba totalmente de acuerdo en que todas las mujeres deben ser evaluadas respecto a su salud mental en el periodo prenatal (63.0%) y el puerperio (72.7%). Los encuestados informaron que su primera opción en la búsqueda de ayuda y apoyo sería su médico de referencia de atención primaria. La preferencia en el tratamiento fue el asesoramiento por parte de un médico o matrona. Además, el principal factor asociado a la aceptabilidad del tratamiento, fue la alfabetización en materia de salud mental perinatal. Según sus hallazgos, los autores proponen el desarrollo de programas basadas en el diseño de mensajes eficaces que contrarresten los mitos y percepciones erróneas, intentando mejorar la comprensión por parte de la sociedad, y lograr el apoyo público a los cambios de políticas y prácticas necesarias (Kingston et al., 2014).

Esta idea coincide con la de otros autores como Byatt et al. (2012) quienes también añaden que proporcionar psicoeducación respecto a la salud mental en periodo perinatal, podría ser un componente importante dentro de una estrategia eficaz para la mejora de las tasas de tratamiento.

Las barreras en el desarrollo y acceso a los tratamientos para la depresión en periodo perinatal, no solo se limitan a las mujeres protagonistas, también los profesionales sanitarios responsables de la atención perinatal presentan dificultades que entorpecen el proceso. Por ejemplo, la falta de conocimientos y habilidades en el manejo de las alteraciones en temas de salud mental, el miedo a la excesiva responsabilidad, la falta de recursos para llevar a cabo ciertos tratamientos, la falta de sistemas de referencia y un inadecuado reembolso de su actividad asistencial pueden ser algunas de las limitaciones más importantes (Byatt, et al., 2013a; Byatt et al., 2013b; Byatt et al., 2013c; Byatt et al., 2012; Chaudron et al., 2007; Leiferman et al., 2010; Olson et al., 2002). Del mismo modo, los facilitadores propuestos por las mujeres en algunos de estos estudios (Byatt et al., 2013b; Byatt et al., 2013c) incluyen el desarrollo de un enfoque integrador en la atención a la salud mental perinatal que incluya la psicoeducación, el apoyo entre iguales y la atención por parte de profesionales con mayor grado de formación.

Todas las dificultades planteadas hasta este punto, se ven agravadas cuando se trata de las mujeres pertenecientes a grupos sociales desfavorecidos, puesto que su



bajo nivel socioeconómico hace que presenten una especial vulnerabilidad. En estos grupos concretos de población, los efectos negativos de la depresión se ven intensificados tanto para la madre como para el futuro bebé (Lovejoy et al., 2000; Petterson y Albers, 2001) sin embargo, a pesar de mostrar tasas de depresión más elevadas (Segre et al., 2007), es poco probable que estas mujeres reciban tratamiento (Levy y O'Hara, 2010). La población de mujeres con recursos limitados socioeconómicos presenta características concretas que precisan un ajuste de los medios socio-sanitarios disponibles, por ello, puede resultar necesario realizar adaptaciones de los tratamientos a sus necesidades psicosociales específicas (O'Mahen, 2013a,b).

En general, es importante tener en cuenta las características propias de la población específica a la que se dirigen los tratamientos, puesto que en ocasiones, la eficacia de las intervenciones psicológicas para la depresión puede verse reducida entre las mujeres que presentan una serie de factores o condiciones desfavorables como, haber tenido pérdidas anteriores al embarazo, complicaciones o partos traumáticos, ya que podrían experimentar trastorno de estrés postraumático u otros trastornos de ansiedad comórbidos (Forray, Mayes, Magriples y Epperson, 2009).

Como ya avanzábamos anteriormente, la alternativa a algunas de las limitaciones planteadas, se traduce en la posibilidad del uso de Internet como una herramienta prometedora para llevar a cabo la investigación, la evaluación y las intervenciones en salud mental (Card y Kuhn, 2006; Emmelkamp, 2005). Más recientemente autores como Kazdin y Blase (2011) abogan por generar nuevas estrategias, formas innovadoras de llevar a cabo los tratamientos empíricamente validados, mediante el uso de la tecnología, los medios de comunicación, la auto-ayuda y la colaboración con otras disciplinas.

Autores como Danaher et al. (2013), proponen como se verá con detenimiento más adelante, el uso de las TIC's, concretamente el uso de Internet, como método para proporcionar tratamientos psicológicos basados en la evidencia que ayuden a superar las barreras que presenta su acceso a la mayoría de las mujeres. Del mismo modo plantean que a través de Internet se podría llegar a los grupos de población de sectores más desfavorecidos (Danaher et al., 2013).

En el siguiente capítulo se explicará detenidamente las ventajas del uso de las TIC's aplicadas a la prevención y tratamiento de la depresión en las mujeres en periodo perinatal.

Finalmente, se adjunta una tabla resumen donde se incluyen las barreras y factores facilitadores respecto a la atención a la salud mental perinatal más comunes encontrados en la bibliografía científica actual.

**Tabla 14- Barreras y factores facilitadores de la atención a la Salud Mental Perinatal**

<b>Problemas/Dificultades</b>	<b>Barreras</b>	<b>Factores facilitadores</b>	<b>Estudios</b>
<b>Acceso a la atención de la Salud Mental Perinatal</b>	<p>Estigma social.</p> <p>Falta de habilidades sociales por parte del personal sanitario.</p> <p>Falta de recursos sociales y económicos.</p> <p>Limitaciones en el acceso a la atención.</p> <p>No concebir los problemas emocionales como un problema de salud.</p> <p>Minusvalorar las dificultades emocionales.</p> <p>Sentimientos de vergüenza.</p> <p>Sentimientos de “ser una carga”.</p>	<p>Participación activa de las mujeres con el personal sanitario.</p> <p>Mejor capacitación de los profesionales en temas de salud mental.</p> <p>Disponibilidad de una evaluación estandarizada y derivación adecuada.</p> <p>Mejora en la disposición de los recursos.</p> <p>Mayores recursos económicos.</p> <p>Psicoeducación.</p>	<p>Anderson et al., 2006; Benett et al., 2002; Byatt et al., 2012; Holopainen, 2002; Kingston et al., 2015c; McIntosh, 1993; Small et al., 1994; Sword et al., 2008; Whitton et al., 1996; Woolhouse et al., 2009.</p>
<b>Acceso a la evaluación/screening</b>	<p>Normalización social de las alteraciones emocionales perinatales.</p> <p>Preferencia por resolver dificultades en solitario.</p> <p>Dificultad a la hora de identificar si las emociones son normales o no.</p> <p>Incomodidad/vergüenza a cerca de las preguntas de evaluación.</p> <p>Formato de la tarea de screening.</p>	<p>Características personales favorables de los profesionales.</p> <p>Mejorar la concepción de la salud mental perinatal como parte de la atención materno-infantil.</p> <p>Aumentar el conocimiento sobre la prevalencia de los problemas emocionales perinatales, las ventajas de la detección y la posibilidad de tratamiento.</p> <p>Garantizar anonimato y privacidad.</p>	<p>Kingston et al 2015a; 2015b; 2015c.</p>

<b>Relacionados con los profesionales responsables</b>	<p>Falta de conocimientos y habilidades en el manejo de los problemas de salud mental.</p> <p>Exceso de responsabilidad.</p> <p>Falta de recursos materiales.</p> <p>Falta de sistemas de referencia.</p> <p>Falta de reembolso económico adecuado.</p> <p>Falta de implicación en los cuidados integrales.</p> <p>Actitudes favorecedoras de la estigmatización social.</p>	<p>Aumento de los recursos y sistemas de referencia.</p> <p>Mayor formación de los profesionales.</p> <p>Favorecer enfoques integrados de atención.</p> <p>Promoción y psicoeducación general.</p> <p>Favorecer el apoyo entre iguales.</p> <p>Favorecer la interacción con los profesionales.</p>	<p>Byatt et al., 2012; Byatt et al., 2013a; Byatt et al., 2013b; Byatt et al., 2013c; Gjerdingen y Yawn, 2007; Kingston et al., 2015c; Mitchell y Coyne, 2009.</p>
<b>Acceso al tratamiento</b>	<p>Escasez de tiempo de las mujeres para su propia atención.</p> <p>Dificultades físicas de acceso (medio de transporte).</p> <p>Tener más niños a cargo.</p> <p>Estigma social.</p> <p>Miedo al tratamiento farmacológico.</p> <p>Falta de conocimiento sobre síntomas emocionales.</p> <p>Falta de atención a las propias preocupaciones.</p>	<p>Participación activa de las mujeres con el personal sanitario.</p> <p>Mejor capacitación de los profesionales en temas de salud mental.</p> <p>Disponibilidad de derivación adecuada.</p>	<p>Dennis y Chung-Lee, 2006; Goodman, 2009; Flynn et al., 2010; Reay et al., 2011; ten Have et al., 2010; Rusch et al., 2011; Reavley y Jorn, 2011; Byatt et al. 2012.</p>

## **8 Aplicación y utilidad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la Salud Materno-Infantil**

### **8.1 Tecnologías de la Información y Comunicación en la Salud**

Vivimos una era tecnológica que de forma imparable favorece el avance hacia el desarrollo de herramientas que influyen en prácticamente todas las esferas de nuestra vida. Gran parte de estos avances están destinados a facilitar o mejorar la salud de las personas. La realidad de hoy fuerza una adaptación por parte de las disciplinas científicas que tratan de prevenir, mejorar o rehabilitar la salud de las personas para lograr mayores beneficios a un menor coste.

Hoy experimentamos un vertiginoso crecimiento de la innovación y los avances tecnológicos dentro del ámbito de la salud. En las últimas décadas se han desarrollado nuevos mecanismos basados en procesos electrónicos y de comunicación que han propiciado la creación de múltiples herramientas tecnológicas de gran aplicabilidad. Uno de los grandes avances se encuentra hoy en las e-Health.

El término “e-Health” (electronic-Health) o “e-Salud” en español, hace referencia a la utilización de la tecnología de la información y la comunicación, en el que se incluye el uso de Internet, los juegos digitales, la realidad virtual y la robótica, en la promoción, la prevención, el tratamiento y mantenimiento de la salud. Bajo el amplio espectro de las e-Salud se engloba el concepto “m-Health” o “m-Salud” el cual hace alusión a las aplicaciones móviles e inalámbricas, incluyendo mensajes de texto, aplicaciones, dispositivos portátiles, sensores remotos, y el uso de las redes sociales como Facebook y Twitter, en la prestación de servicios relacionados con la salud (Borrelli y Ritterband, 2015).

El uso de la e-Salud se valora como parte integral de la solución de algunos de los problemas a los que se enfrentan los sistemas de salud actualmente. El desarrollo creciente de la tecnología proporciona un mayor acceso a la asistencia sanitaria y a toda la información que de ella se deriva, además de aportar más capacidad para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades (van Gemert-Pijnen et al., 2012).

La Comisión Europea afirma en el *e-Health Action Plan 2012–2020* publicado en 2012, que la e-Salud jugará un papel clave en las reformas estructurales que son

necesarias para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud y proteger el acceso a los servicios para todos ciudadanos (European Commission, 2012). En este mismo documento, la Comisión europea argumenta que la e-Salud pueden reportar grandes ventajas, no solo a los usuarios de los servicios sanitarios y a los profesionales, sino también a los gobiernos y organizaciones públicas. La e-Salud cuando se aplica de manera efectiva ofrecen una atención personalizada más centrada en el paciente, específica, eficaz y eficiente, que ayuda a reducir los errores e incluso a disminuir la estancia hospitalaria. Asimismo, favorece la inclusión de factores socioeconómicos y la igualdad, favoreciendo la calidad de vida y el empoderamiento del paciente a través de una mayor transparencia, una mejora en el acceso a los servicios e información y el uso de los medios de comunicación social en favor de la salud.

Por su parte las herramientas de m-Salud, que suponen el acceso a la información o los servicios sanitarios a través del uso de los dispositivos móviles (generalmente los teléfonos móviles inteligentes, pero también otros dispositivos, como *tablets*, *e-watch*, etc.), está empezando a transformar la forma en que se prestan muchos servicios, lo cual tendrá un impacto muy significativo en la forma de prestar la asistencia a las enfermedades en los próximos años (Morse, 2010).

Tal y como refieren algunos estudios, cada vez son más los tipos de acceso tecnológico, los dispositivos disponibles y por tanto las formas de dispensar la atención a las personas (Morse, 2010). Algunos ejemplos los encontramos en la mejora en el acceso a la información como, el registro en el historial clínico y las prescripciones médicas online de los pacientes, lo cual facilita a los médicos de atención primaria, el seguimiento de pacientes diagnosticados de alguna enfermedad. De igual modo, se están desarrollando cada vez mayor número de portales de Internet que permiten obtener y comprobar citas, ver los resultados de pruebas de laboratorio, renovar recetas y comunicarse con los médicos y enfermeras/os, ofreciendo así asistencia a distancia. Morse (2010) insiste que la asistencia sanitaria llevada a cabo a distancia mediante videoconferencia permitiría un mejor seguimiento de las personas con enfermedades, sobre todo aquellas en riesgo de exclusión social.

Las m-Salud son herramientas que ofrecen multitud de ventajas tanto a los pacientes, ya que facilitan el acceso la información, proporcionan ayuda y favorecen el desarrollo de habilidades para enfrentarse con la enfermedad, como a los propios profesionales puesto que estos dispositivos facilitan el seguimiento del estado de salud de los pacientes, permiten responder preguntas y mantenerse en contacto con los mismos (Rotheram-Borus et al., 2012).

## **8.2 Tecnologías de la Información y Comunicación en Salud Mental**

La psicología es una de las ciencias que investiga sobre el uso de las TIC's para ofrecer las intervenciones más eficaces sin un encarecimiento de los costes ni un menoscabo en la eficacia de la atención a los trastornos psicopatológicos.

Diversos autores apuestan por el uso de las TIC's para hacer frente a las limitaciones que presenta el establecimiento de un sistema de evaluación integrado en atención primaria. Varios estudios evidencian que, tanto los pacientes como los profesionales muestran una alta aceptabilidad en el uso de las TIC's y lo valoran como factible a la hora de buscar información sobre temas relacionados con la salud en el periodo prenatal (Renker y Tonkin, 2006) y la salud mental (Le, Perry y Sheng, 2009; Renker, 2008). Esta opción ofrece algunas ventajas importantes para los entornos clínicos, por ejemplo, el ajuste coste-beneficio que supone, la capacidad de poder adaptarse para satisfacer las necesidades de los pacientes (p.ej, en el caso de población con un nivel educativo bajo, ofrece recursos de audio y video que facilita su comprensión) o poder acceder fácilmente, tanto pacientes como profesionales, a una síntesis del estado del paciente a tiempo real (Choo, Ranney, Aggarwal y Boudreaux, 2012; Renker, 2008). Además, se ha comprobado que alcanza tasas de divulgación similares a la forma tradicional escrita o el método de screening basado en la entrevista. A todo ello cabe añadir, que los pacientes muestran preferencia por el uso de las TIC's por la sensación de anonimato percibida (Locke et al., 1994; Renker 2008; Turner et al., 1998).

El principal objetivo es el desarrollo de otros marcos de intervención alternativos a los tradicionales, que sin dejar atrás la beneficiosa relación terapeuta-paciente, supongan un modo de interacción distinto a los de la terapia tradicional cara a cara, lo cual puede suponer un cambio en la responsabilidad de cada parte implicada, un papel más activo por parte del paciente o menor visibilidad del terapeuta, entre otros. En la realidad de hoy, las TIC's están cobrando cada vez mayor importancia a la hora de mejorar los medios terapéuticos que permitan una potenciación de la utilidad de los mismos y a la vez faciliten su llegada a todas las personas que lo necesiten (Botella et al., 2009).

Las organizaciones internacionales han subrayado desde hace tiempo la importancia de la utilización de herramientas tecnológicas dentro de la atención de la salud para reducir algunas de las limitaciones existentes en la atención sanitaria como es, la limitación en el acceso a los tratamientos, asimismo abogan por las tecnologías

como medio para recopilar datos e información que generar una mejor evidencia para tomar decisiones de atención a la salud, y generar conocimiento (Lang, 2012). Con el fin de lograr este objetivo, la OMS instó a sus Estados miembros a adoptar el *Framework and Standards for Country Health Information Systems* en 2007 (Lang, 2012). Cuatro años más tarde, en 2011, la *Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health* dictó que para el 2015 todos los países receptores del programa deberían haber integrado el uso de las TIC's en sus sistemas nacionales de información sanitaria. En apoyo de esta recomendación, el *Global Observatory for e-Health* (GOe) ha creado un directorio online de las políticas nacionales relacionadas con la e-Salud y las estrategias de los Estados miembros (OMS, 2015).

En el año 2015, bajo el marco de acción común sobre la Salud Mental y el Bienestar en Europa se desarrolló un informe de situación (*Joint Action on Mental Health and Well-being. Depression, suicide prevention and e-health. Situation analysis and recommendations for action*) que serviría a la vez como punto de partida para la acción en las áreas de prevención de la depresión y el suicidio y la integración de las intervenciones de e-Salud mental.

En este documento los organismos responsables en la Unión Europea refieren la necesidad de desarrollar un plan estratégico que incluya a las intervenciones en e-Salud mental en el repertorio de recursos disponibles en salud. Dicho documento refleja el escenario más actual y añade que, mientras que algunos países europeos como Países bajos y Suecia integran algunas intervenciones de e-Salud mental en sus presupuestos económicos de una manera similar a como lo hacen con otros servicios de salud, la realidad indica que esto no es una práctica común en todos los Estados miembros de la UE. Con el fin de transformar esta práctica ocasional en una forma habitual de trabajar en el cuidado de la salud mental, se necesita una acción conjunta a nivel europeo para estimular el progreso en esta dirección. El documento refiere que, las autoridades competentes de los Estados miembros necesitan apoyo y orientación sobre cómo poner en marcha herramientas de e-Salud mentales (incluyendo herramientas tanto de detección como de tratamiento) y cómo asegurar que cumplan las normas y prácticas de salud establecidas. Al mismo tiempo es fundamental un compromiso y una coordinación con los propios profesionales sanitarios.

En el informe de la Unión Europea se advierte que en ocasiones, los profesionales de la salud perciben las intervenciones de e-Salud mental como una amenaza. Estos temores están relacionados con posibles recortes presupuestarios en los tratamientos tradicionales cara a cara a favor del tratamiento de e-Salud, o las



preocupaciones relacionadas con la calidad de las intervenciones basadas en las TIC's y los riesgos potenciales para las personas con problemas de salud mental que los utilizan. Por ello, es necesaria una acción a nivel de las políticas europeas que fomenten la divulgación y la formación de los profesionales en el uso de herramientas digitales en la práctica diaria, con el fin de aumentar la aceptabilidad de las herramientas de e-Salud mental. Del mismo modo, es necesario que los programas de atención basados en las e-Salud cubran todos los aspectos pertinentes de las intervenciones de salud mental y sean accesibles.

Diversos estudios en EE.UU, Inglaterra o Australia han demostrado las ventajas de la implementación de las intervenciones de e-Salud mental (Barak y Grohol, 2011; Kazdin, 2011; Mohr, Cheung, Schueller, Brown y Duan, 2013). La Unión Europea, en su informe *Joint Action on Mental Health and Well-being. Depression, suicide prevention and e-health. Situation analysis and recommendations for action*, 2015, se ampara en estos estudios y propone una serie de razones clave para la promoción, puesta en marcha y mantenimiento de las intervenciones de e-Salud mental:

- El ahorro coste-efectividad que presentan las intervenciones basadas en las herramientas de e-salud mental, frente a las terapias y programas convencionales en formato cara a cara.
- La facilidad en el acceso a la atención, ya que las intervenciones pueden ofrecerse en ámbitos muy diversos donde se incluye el propio hogar de la persona.
- Suponen una solución para los sistemas de salud en aquellas regiones en las que presentan escasez de recursos y profesionales.
- Suponen una solución a las barreras relacionadas con el estigma social asociadas a los problemas de salud mental, ya que su condición anónima favorecen las conductas de búsqueda de ayuda y tratamiento de una manera que ningún otro enfoque puede ofrecer.
- Favorece el empoderamiento del paciente, ya que las e-Salud mental ofrecen un enfoque que capacita a las personas con problemas psicopatológicos para tomar el control de su propia salud mental y el bienestar.

A pesar de los beneficios comentados que han demostrado las intervenciones de e-salud mental, los expertos refieren la existencia de una serie de factores que dificultan la puesta en marcha de las herramientas de e-Salud mental en los sistemas de salud en Europa, como son:

- La baja adherencia entre los usuarios a los programas de e-Salud mental (e-terapias, intervenciones de autoayuda guiada online, programas de autogestión).
- La falta de un diseño atractivo y adecuado de las e-salud que estimule, atraiga y consiga mantener la atención de los usuarios de estos servicios de salud.
- La escasez en estudios de alta calidad metodológica que permitan establecer validaciones de las intervenciones y demuestren el verdadero balance coste-beneficio de la puesta en marcha de los programas de e-Salud mental.
- La falta de información disponible para los usuarios de las e-Salud mental acerca de la calidad de la intervención y de algunos aspectos prácticos tales como la privacidad de los datos, y las opciones en cuanto a su coste económico.

### **8.2.1 Estudios sobre el uso eficaz de las TIC's en el screening, la prevención y el tratamiento de trastornos psicológicos**

En los últimos años, se han publicado a nivel internacional y europeo diversas revisiones sistemáticas y de meta-análisis que muestran la evidencia de los beneficios y la eficacia de las intervenciones de e-Salud mental en Europa (Álvarez-Jiménez et al., 2014; Andersson y Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy y Titov, 2010; Cuijpers, van Straten, Warmerdam y Andersson, 2008; Cuijpers, Donker, van Straten, Li y Andersson, 2010; Karasouli y Adams, 2014; Richards y Richardson, 2012; Spek et al., 2007; van der Krieke, Wunderink, Emerencia, de Jonge y Sytema, 2014).

Existen múltiples formas en las que las e-Salud pueden aplicarse a la atención de la salud mental, donde se incluyen herramientas en formato de programas online, aplicación o incluso juegos para el screening, la prevención, la psicoeducación, la autoayuda o la dispensación de tratamientos.

A continuación se comentarán algunos ejemplos de los programas de screening y prevención basados en las e-Salud Mental.

Como ya se ha explicado en capítulos anteriores, el screening tiene como objetivo fundamental evaluar el estado de salud mental, del mismo modo en ocasiones

también se ofrece información, asesoramiento e incluso se facilita la puesta en marcha de una intervención preventiva o de tratamiento si ésta es necesaria. En general, las intervenciones de detección precoz a través de las e-Salud se fundamentan en cuestionarios validados. Una de las ventajas de llevar a cabo el screening mediante la e-Salud es la posibilidad de retroalimentación de los resultados de los cuestionarios y la personalización de las necesidades proporcionando enlaces a las herramientas y recursos pertinentes (Purebl et al., 2015).

El screening puede proporcionarse como una intervención única, sin embargo, a menudo se engloba dentro de un programa más amplio, que también puede incluir otras intervenciones basadas en e-Salud, tales como la psicoeducación, programa de autoayuda, o de prevención y tratamiento. Las herramientas de evaluación pueden ser utilizadas por los usuarios por diferentes razones, por ejemplo, personas que de manera individual sospechan que pueden tener un problema de salud mental, por personas que quieren medir su nivel relativo de estrés o bienestar, o por profesionales que desean evaluar los signos y síntomas que han identificado en sus pacientes (Purebl et al., 2015).

En Europa, la investigación en intervenciones de e-Salud mental está en auge, sobre todo en cuanto a la depresión. Como ya se ha comentado, en ocasiones las herramientas de detección precoz se presentan acompañadas de otros recursos que la complementan por ejemplo, un programa de psicoeducación. Sin embargo otros recursos, como programas de autoayuda o de tratamiento, requieren de forma precisa ir precedidos por una herramienta de detección que debe ser cumplimentada antes de iniciar el curso o el tratamiento online. Es por ello, que la mayoría de la investigación se ha centrado en la evaluación del efecto de los cursos o módulos de intervención en lugar de sobre la eficacia de una herramienta e-Salud de screening en particular (Purebl et al., 2015).

No obstante, podemos citar algunos ejemplos de los instrumentos de screening basados en e-Salud mental actuales:

***The Depression Calculator:*** Es una aplicación para móviles que incorpora un cuestionario online basado en el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001). Esta aplicación de forma automática proporciona feedback basándose en los resultados, e informa sobre los recursos para iniciar otras acciones. La aplicación fue desarrollada por *patient.co.uk's IMedicalApp* en Reino Unido y es fácilmente accesible con los teléfonos inteligentes. Del mismo modo, el *National Health Service* (NHS) del Reino Unido ofrece un cuestionario online a través de una web para personas con

problemas de problemas emocionales, depresión, y estrés en el trabajo. Los usuarios pueden completar el cuestionario y se les ofrece información sobre su nivel de riesgo (por ejemplo, alto riesgo de autolesión) y facilita a los usuarios que puedan ponerse en contacto con los servicios especializados, tan pronto como sea posible.

***Zelfhulpwizjer.nl***: Esta herramienta de screening online fue desarrollada en los Países bajos para medir los niveles de estrés, pánico, depresión y consumo nocivo de alcohol en los adultos. Utiliza una serie de cuestionarios validados, incluyendo el cuestionario holandés Vier Dimensionale Klachten Lijst (4DKL; Terluin, Terluin, Prince, Van Marwijk, 2008) que evalúa cuatro síntomas (estrés, depresión, ansiedad y somatización), el Patient Health Questionnaire (PHQ; Kroenke, Spitzer y Williams, 2001) para la depresión y la ansiedad, y la versión holandesa del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C; Schippers y Broekman, 2010) para los trastornos por consumo de alcohol. Al finalizar los cuestionarios de evaluación, esta herramienta online proporciona enlaces a los usuarios para acceder a los recursos pertinentes. La cumplimentación de los cuestionarios se puede hacer de forma anónima.

***Jestaatnietalleen.nl***: Es una herramienta online para la prevención del suicidio que se ofrece en holandés para las personas con problemas de salud mental y tendencias suicidas. Fue desarrollada gracias a una iniciativa de *Movisie* (organización nacional holandesa y consultoría para el asesoramiento en la solución de problemas sociales) con la colaboración de la Fundación *Marokko Media* y la Fundación *Indianfeelings*. Puede ser utilizada también por familiares, cuidadores y los profesionales encargados de la persona en riesgo. Esta intervención se ha desarrollado en los Países Bajos con el objetivo de lograr la prevención del suicidio entre las niñas y adolescentes de origen marroquí, turco o indoeuropeo. Este programa proporciona por una parte, cuestionarios (que pueden ser auto-administrados o hetero-administrados) para evaluar pensamientos y comportamientos suicidas y por otra parte, presenta un componente de psicoeducación. Esta herramienta puede ser usada de forma anónima. Esta intervención preventiva es única en la atención a un grupo étnico minoritario, donde el riesgo de suicidio es alto.

***Drinktest.nl***: Esta herramienta online de screening fue desarrollada en los Países Bajos. Ofrece de manera gratuita un cuestionario para la detección precoz del consumo excesivo y dependencia al alcohol. El cuestionario evalúa las características del consumo de alcohol y proporciona información, en base a las respuestas del usuario, en relación con el nivel de consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud mental, salud física y las relaciones sociales. También se ofrece al usuario una intervención de autoayuda

(minderdrinken.nl) para reducir el consumo de alcohol. La página web ha demostrado ser eficaz en la reducción del consumo de alcohol a corto plazo (van Lettow, de Vries, Burdorf, Boon y Van Empelen, 2015) y en la derivación de los usuarios con niveles de abuso de alcohol nocivos a intervenciones online como *minderdrinken.nl* que han demostrado su eficacia (Riper et al., 2008).

A continuación exponemos en la Tabla 15 un breve resumen con algunos de los puntos básicos de la e-Salud Mental sobre las aplicaciones de screening basadas en TIC's.

**Tabla 15- Puntos básicos de la e-Salud Mental sobre las aplicaciones de screening**

- Existen una serie de programas de screening para diversos trastornos psicológicos disponibles en el marco europeo, sin embargo, estos recursos tienden a estar disponibles en los países con mayor poder económico.
- Es fundamental que las herramientas de screening se basen en cuestionarios empíricamente validados para lograr su objetivo de detectar la presencia de un problema de salud mental.
- Los programas de screening pueden considerarse un precursor importante de la derivación y la adherencia a un programa de tratamiento online.
- Muchas de las herramientas de screening online son gratuitas y de fácil acceso lo que atrae a un mayor número de visitantes y brinda la oportunidad para mejorar la interacción entre los usuarios y las intervenciones de e-Salud mental.

Fuente: *Joint Action on Mental Health and Well-being. Depression, suicide prevention and e-health. Situation analysis and recommendations for action* (2015).

El uso de las TIC's en las e-Salud es extenso, desde hace algunos años también se han desarrollado programas auto-aplicados online diseñados para ser utilizados en el ámbito de la prevención. Autores importantes en el campo de la prevención de la depresión, como Christensen y Griffiths (2002) acentuaron en su trabajo *The prevention of depression using the Internet* la enorme importancia para el progreso de diseñar programas auto-aplicados a través de Internet para la prevención de la depresión. Destacando que de este modo, Internet podía ofrecer la oportunidad de llegar a un mayor número de población, de forma rentable y a la vez conservando el cumplimiento de la intervención de forma anónima. Destacaron por encima de todo, la gran necesidad de desarrollar programas auto-aplicados de carácter preventivo y estudios que probaran su eficacia (Christensen y Griffiths, 2002).

Efectivamente, en la actualidad disponemos de evidencia que demuestra que las intervenciones preventivas auto-aplicadas a través de Internet y computarizadas son eficaces en la prevención de la depresión (Calea, Christensen, Mackinnon, Griffiths y O'Kearney, 2009; Griffiths y Christensen, 2006; Spek et al., 2007). El cúmulo de

revisiones sistemáticas indican que estas medidas preventivas ofrecen buenos resultados (Calear y Christensen, 2010; Richardson, Stallard y Velleman, 2010).

De las intervenciones auto-aplicadas dirigidas a la prevención de la depresión, que se han llevado a cabo en los últimos años y que han probado ser eficaces, podemos nombrar algunas como:

***Competent Adulthood Transition with Cognitive Behavioural and Interpersonal Training*** (CATCH-IT): Programa de prevención auto-aplicado a través de Internet desarrollado por Van Voorhees, Ellis, Stuart, Fogel y Ford (2005) por el cual mediante 14 módulos basados en la Activación Comportamental (AC), la TCC y la PI, pretende prevenir la depresión en adolescentes y jóvenes entre 14 y 21 años con sintomatología subclínica. Su objetivo es reducir los comportamientos que llevan a una mayor vulnerabilidad a sufrir un trastorno depresivo y por otra parte potenciar factores de protección relacionados. Antes de empezar el programa, el participante puede recibir un Asesoramiento Breve (AB) o una Entrevista Motivacional (EM). Estas intervenciones pueden ser realizadas por un médico de atención primaria entrenado de forma apropiada para ello. El programa ha sido aplicado en el ámbito de atención primaria y en salud mental para trabajar tanto la prevención selectiva como la indicada, mostrándose eficaz en la reducción significativa de los síntomas depresivos utilizando tanto la EM como el AB (Saulsberry et al., 2013; Van Voorhees et al., 2008; Van Voorhees et al., 2009).

***MoodGYM***: Programa auto-aplicado a través de Internet para la prevención universal de la depresión y la ansiedad. Es una herramienta basada en la TCC desarrollado por el grupo de H. Christensen en Australia (Calear et al., 2009; Christensen, Griffiths y Jorm, 2004; Christensen, Griffiths, Mackinnon y Brittcliffe, 2006; Mackinnon, Griffiths y Christensen, 2008). Fue puesto a prueba con población de 18 a 52 años pero se ha estudiado con población adolescente de entre 12 y 17 años. Su objetivo es cambiar pensamientos y creencias erróneas, fomentar la autoestima y las relaciones interpersonales y mejorar habilidades como la resolución de problemas y el manejo de la relajación. En definitiva intenta prevenir y disminuir los síntomas depresivos y ansiosos en la población objeto de estudio. Los usuarios pueden acceder a las sesiones interactivas de forma adaptada a su ritmo de trabajo.

Para evaluar la eficacia del programa, Christensen et al. (2004) llevaron a cabo un ECA en el que comparaban el uso de *Blue Pages* (sitio web que ofrece psicoeducación e información sobre la depresión) y el programa auto-aplicado interactivo *MoodGYM*.

Los resultados mostraron que las dos condiciones de intervención a través de Internet fueron más efectivas en la reducción de los síntomas de depresión que la intervención control. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los resultados de las dos intervenciones basadas en Internet en dicha reducción de los síntomas depresivos. Se puede afirmar que tanto la TCC como la psicoeducación administradas vía Internet resultaron efectivas en la reducción significativa de los síntomas de depresión.

Mackinnon et al. (2008) llevaron a cabo en 2008 un ECA comparando *MoodGYM* y *Blue Pages* mostrando los resultados a los 6 y los 12 meses de seguimiento. Los resultados mostraron que ambas intervenciones se asociaron con reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión, comparados con los controles en el post-test. Pero a los 6 meses de seguimiento se observó una reducción en los participantes del grupo que realizó el programa *MoodGYM*, y no en los participantes que realizaron la intervención con *Blue Pages*. A los 12 meses de seguimiento las dos condiciones de intervención fueron significativamente y estadísticamente superiores en comparación con la condición control.

Recientemente, Lintvedt et al. (2013) han realizado un ECA en el que se ha evaluado la eficacia de *MoodGYM* junto a *Blue Pages* en cuanto a la reducción de la sintomatología depresiva en población joven en riesgo de depresión. Los resultados mostraron la eficacia en la disminución de los síntomas depresivos y pensamientos negativos en el grupo experimental, también un aumento en el conocimiento práctico de la depresión en los adultos jóvenes. Se encontraron posteriormente a los 2 meses de seguimiento, mejoras significativas en comparación con el grupo control.

Aunque nuestro objetivo no es profundizar en el tema de los tratamientos basados en las TIC's, resulta interesante, mencionar algunas cuestiones.

A lo largo de los últimos años diversos autores del panorama internacional han desarrollado programas de tratamiento basados en Internet, obteniendo muy buenos resultados. Entre ellos destaca sobre todo, los programas realizados en Australia por el grupo de Gavin Andrews y Nikolai Titov (Andrews y Titov, 2009, 2010; Titov, Andrews, Choi, Schwencke y Johnston, 2009). Son múltiples los programas desarrollados y sometidos a prueba por este grupo que van dirigidos a diferentes trastornos, por ejemplo, *The Anxiety Program* para la ansiedad (Titov, Andrews, Johnston, Robinson y Spence, 2010), *The Panic Program* para el Trastorno de Pánico (Wims, Titov, Andrews y Choi, 2010), *The Shyness Program* para la Ansiedad Social (Andrews, Davies y Titov, 2011; Aydos, Titov y Andrews, 2009), *The GAD Program* para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Titov, Andrews, Kemp y Robinson, 2010), *The Worry Program* para la

Preocupación Ansiosa (Lorian, Titov y Grisham, 2012), *The PTSD Program* para el Transtorno de Estrés Postrumático (Spence et al., 2011) y *The Sadness Program* para la depresión (Perini, Titov y Andrews, 2009).

El gran esfuerzo realizado por toda la comunidad investigadora a nivel internacional para probar la eficacia del uso de las TIC's en el ámbito de los tratamientos psicológicos ha visto recompensado su esfuerzo en el reconocimiento de la utilidad de estos procedimientos dentro del movimiento *Improving Access to Psychological Therapies Programme* (IAPT) ([www.iapt.nhs.uk](http://www.iapt.nhs.uk)), lo cual ha supuesto la inclusión de los programas *Fear Fighter* (FF) para el tratamiento de trastorno por fobia y Trastorno de Pánico y el *Beating the Blues* (BTB) para la depresión y la ansiedad, como parte de los programas de tratamientos basados en la evidencia, en las guías clínicas elaboradas por *The National Institute of Clinical Excellence* (NICE Guidelines) (NCCMH y RCP, 2010).

Pero también España contribuye a aumentar las investigaciones que abogan por el uso de las TIC's en la atención a la salud mental. A nivel nacional existen grupos científicos con gran proyección en el campo de las TIC's aplicadas al tratamiento psicológico. Uno de los mejores ejemplos lo encontramos en el grupo Labsitec, que ha desarrollado tratamientos computerizados y auto-aplicados a través de Internet para una amplia gama de problemas psicológicos, como por ejemplo, *Háblame*, programa auto-aplicado dirigido al tratamiento del miedo a hablar en público (Botella et al., 2000). Este programa fue sometido a prueba mediante un estudio controlado y los resultados mostraron que el formato auto-aplicado resulta tan eficaz como administrado por un terapeuta y que los cambios se mantienen al año de seguimiento (Botella et al., 2010). Otro de los programas auto-aplicados desarrollado por este grupo, es *Sin miedo* (Botella et al., 2008), su objetivo es el tratamiento para la fobia a animales pequeños (ratas, arañas y cucarachas). Varios son los estudios que demuestran su eficacia (Baños, Quero, Botella y García-Palacios, 2007; Botella et al., 2008). Más recientemente el programa *Sonreír es divertido* se ha desarrollado como una herramienta de intervención online con el objetivo de mejorar las estrategias de afrontamiento y reducir la incidencia de la depresión. Este programa ofrece atención en dos vertientes, la prevención (atendiendo a aquellas personas en situación de alto riesgo, que se han visto sometidas a situaciones estresantes), o el tratamiento (atendiendo a la gravedad de la misma en personas que ya presenten síntomas) (Botella, Mira, Herrero, García-Palacios y Baños, 2015).

Es necesario seguir avanzando en las investigaciones, puesto que la demanda social actual exige en cierto modo adaptar las intervenciones a los diversos grupos de población. Es en este aspecto en el que nos vamos a detener, ya que la finalidad del



análisis de la situación actual respecto al uso de las TIC'S para la detección precoz y la prevención de la depresión, no es otro que el de enfocar estos servicios hacia un grupo de población muy concreto, las mujeres en el periodo perinatal y más concretamente las mujeres embarazadas.

### **8.3 Prevención de la depresión prenatal a través de las TIC's**

En el capítulo anterior se ha explicado detenidamente la importancia de las tareas de detección precoz y las intervenciones preventivas en cuanto a los trastornos de estado ánimo dirigidos a las mujeres en periodo perinatal. Pero en este punto, cabe preguntarse qué ocurre cuando estos objetivos pretenden abordarse desde el punto de vista de las TIC's utilizando programas de screening, identificación de riesgos, intervenciones de prevención o derivación rápida a través del uso de Internet y el resto de herramientas tecnológicas en la población de mujeres embarazadas o en el periodo perinatal.

Tras una búsqueda exhaustiva en la bibliografía científica actual sobre programas auto-aplicados basados en el uso de las TIC's para el screening o la intervención preventiva en el periodo perinatal, hemos podido comprobar, que son escasos el número de publicaciones de programas dirigidos a este fin que, además, presenten un ECA para avalar empíricamente su eficacia. No obstante, parece que en los últimos años existe cierto auge en el interés por la salud mental materno-infantil y los programas auto-aplicados, lo cual resulta alentador, tanto para la mejora en la atención proporcionada por los profesionales de la salud mental, como para la mejora en la salud mental de las propias pacientes.

Nuestro máximo interés recae en mostrar los resultados de la aplicación de programas de screening y prevención de la depresión prenatal, sin embargo, el desarrollo y puesta en marcha de programas basados en las TIC's, dirigidos a este sector específico de la población de mujeres es muy limitado. De entre las escasas publicaciones científicas sobre la aplicación de programas de e-Salud mental en el periodo perinatal, la mayoría se centran en la prevención y tratamiento de la DPP, quedando al margen las intervenciones de detección precoz de la depresión prenatal.

Ya se ha constatado que el conocimiento y manejo de las e-Salud mental está en constante progreso y también la población de mujeres embarazadas participan de ello. El embarazo supone un periodo en el que la mujer puede experimentar emociones diversas desde un gran sentimiento de alegría hasta estados de ansiedad severa, por lo

que es probable que aumenten su necesidad de recabar información, compartir experiencias con iguales o consultar de forma rápida con los profesionales encargados de su cuidado (Tripp et al., 2014).

De acuerdo con los estudios de Peyton (2014) y Rotheram-Borus et al. (2012), aunque en general muchas mujeres embarazadas no disponen de toda la información relacionada con su embarazo, sí se muestran interesadas en recabar mayor información de numerosos temas como, la nutrición, la dieta, el ejercicio, las etapas de crecimiento del feto, las enfermedades asociadas a la gestación y también sobre su estado emocional y sus cambios de estado de ánimo.

Los estudios muestran que cada vez más, Internet, los teléfonos inteligentes y los servicios móviles son considerados la mejor fuente de información por las mujeres embarazadas, ya que son herramientas capaces de ofrecer formas eficaces de promover estados emocionales positivos y desarrollar habilidades de afrontamiento con el fin de ayudar a que las mujeres vivan un embarazo, informado y saludable (Lagan, Sinclair y Kernohan, 2011).

El contexto actual que relaciona las e-Salud con la atención sanitaria general a la mujer durante el embarazo incluyen tanto el uso de Internet, como el manejo de las m-Salud, principalmente los dispositivos móviles y las aplicaciones. Diferentes estudios muestran que Internet es utilizado por las mujeres embarazadas como fuente de información y búsqueda de apoyo social, así como para la obtención de ayuda psicológica. Lagan, Sinclair y Kernohan (2010) mostró en su estudio que el 63% de las mujeres ven influenciados sus pensamientos y la gestión de su embarazo y parto por la información obtenida de Internet. Hearn, Miller y Lester (2014) y O'Higgins et al. (2014) siguen la misma línea en sus hallazgos y refieren que las mujeres embarazadas consideran los recursos online una de las principales fuentes de información útil. O'Higgins et al. (2014) añaden que para algunas mujeres en periodo prenatal Internet es la tercera fuente de información más útil, después de la familia y los amigos. En otros casos, las mujeres refieren que Internet es su segunda fuente de información después de la ofrecida por los médicos (Lima-Pereira, Bermúdez-Tamayo y Jasienska, 2012).

Como ya se ha comentado al inicio del capítulo, las e-Salud se han convertido en instrumentos muy utilizados en muchas partes del mundo. También la población de mujeres en el periodo prenatal se suma a esta expansión. En EE.UU más del 75% de las mujeres durante el embarazo participa de las e-Salud (Declercq, Sakala, Corry y Applebaum, 2007). En España, el 95.5% de las mujeres refiere acceder a Internet cada día (Lima-Pereira et al., 2012). En Suecia, el 91% de las mujeres tienen acceso a Internet

y el 84% utiliza Internet como fuente de información sobre el embarazo (Larsson, 2009). En China, los datos son similares a los del mundo occidental (Gao, Larsson y Luo, 2013).

Los estudios demuestran un creciente interés por parte de las mujeres en el uso de las e-Salud durante su embarazo y el periodo posnatal, no obstante pueden aparecer algunas cuestiones que entorpecen su viabilidad. A pesar de que la información mediante el uso de Internet es valorada como valiosa y útil por parte de las mujeres, en ocasiones no cuentan con los conocimientos adecuados para evaluar la calidad de los contenidos de esa información. En este sentido los estudios afirman que las propias mujeres prefieren ser orientadas por los profesionales de la salud en la elección y los contenidos de la información online (Hearn et al., 2014; Lagan et al., 2010; Romano, 2007). Por lo tanto, los profesionales sanitarios pueden desempeñar un papel muy importante a la hora de garantizar la protección de las usuarias, orientando las búsquedas de información online y recomendando los programas online de alta calidad que afiancen su bienestar (Bert et al., 2013; Larsson, 2009; O'Higgins et al., 2014).

Al igual que ocurre con la atención en otro tipo de enfermedades o condiciones médicas, las intervenciones basadas en las e-Salud orientadas a las mujeres embarazadas también pueden ofrecer multitud de ventajas. Por un parte, las e-Salud pueden favorecer el empoderamiento de las mujeres para poder convertirse en pacientes expertas y ser capaces de gestionar su salud de manera activa y proactiva (Johnson, 2014). Por otro lado, además de satisfacer las necesidades de información, los recursos online se están convirtiendo en una nueva forma de encontrar apoyo social entre las mujeres embarazadas. La pertenencia a un grupo social, aunque sean de un modo virtual, puede ayudar a las mujeres a reducir su ansiedad y el sentimiento de aislamiento y sentirse ayudada en el proceso de toma de decisiones (Lagan et al., 2010). Gracias a los recursos online, las mujeres embarazadas o en el posparto pueden encontrar apoyo social y un sentimiento de pertenencia a un grupo de iguales, siendo estos factores sumamente importantes para su bienestar psicológico (Dunkel-Schetter et al., 1996; 2011). Del mismo modo, características como la inmediatez, la facilidad, la comodidad, la eficacia, la interactividad, la claridad y el control, son otros aspectos que hacen que navegar por Internet sea tan atractivo (Lagan et al., 2010). Las mujeres pueden acceder a Internet al instante desde casi cualquier lugar (su casa, el lugar de trabajo o espacios públicos) lo que favorece un ahorro de tiempo y palia las típicas listas de espera de una consulta (Romano, 2007).

Algunas de las intervenciones basadas en Internet dirigidas a las mujeres embarazadas o en el posparto, consisten en programas de autoayuda que son capaces

de mejorar la autonomía personal y apoyar a las mujeres en este periodo de sus vidas. Estas herramientas se están convirtiendo hoy en día en nuevas estrategias para promover el bienestar y hacer frente a las preocupaciones del embarazo, tales como el riesgo de sufrir depresión.

Finalmente cabe mencionar uno de los trabajos de revisión más actuales, Lee, Hor, Denison y Reynolds (2015) realizaron una revisión sistemática sobre las intervenciones en salud mental basadas en Internet en el periodo perinatal. De los 547 estudios encontrados, 10 cumplieron con los criterios de inclusión, de estos, solo 4 eran ECA (Danaher et al., 2013; Kersting et al., 2013; O'Mahen et al., 2013b; O'Mahen et al., 2014). Los resultados mostraron que todos los estudios revisados reportaban una mejora en la salud mental en el seguimiento de la intervención, con una mejora significativa en los síntomas depresivos evaluados mediante escalas validadas en el post-tratamiento y el seguimiento a largo plazo hasta las 4 semanas y 12 meses de haber completado el programa de intervención.

Para los dos ECA (O'Mahen et al., 2013b; O'Mahen et al., 2014) que utilizaron la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) las reducciones de la puntuación de EPDS fueron para los grupos de tratamiento una media de  $8.52 \pm 0.22$  (con un rango de puntuaciones de 19.46 a 10.94) y una media de  $9.19 \pm 0.63$  (con un rango de puntuaciones de 20.24 a 11.05). Para los grupos de comparación se observa una reducción en las puntuaciones de la EPDS de  $5.16 \pm 0.25$  (en un rango de puntuaciones de 19.44 a 14.28) y  $6.81 \pm 0.71$  (en un rango de puntuaciones de 21.07 a 14.26). No obstante se observó una pérdida de datos común en todos los estudios en un rango de entre el 13 y el 61%. La evaluación cualitativa de los estudios reveló que solo uno de los estudios (O'Mahen et al., 2014) presentaba la calidad metodológica adecuada. De acuerdo con su estudio, Lee et al. (2015), apoyan el desarrollo de las terapias online para la depresión perinatal, pero insisten en la gran necesidad de invertir recursos en aumentar la investigación al respecto que certifique su validez para lograr su verdadera implementación.

### **8.3.1 Programas auto-aplicado basados en las TIC's para la prevención y tratamiento de la depresión perinatal**

A continuación, se expondrán algunos de los ejemplos sobre los diferentes programas basados en Internet dirigidos a la depresión perinatal y los estudios que han

evaluado su eficacia. Aunque no es nuestro propósito hablar de tratamiento, hay que tener en cuenta que algunos programas han sido diseñados para abordar tanto la prevención como el tratamiento de la depresión.

**Netmums:** Es una herramienta basada en Internet para proporcionar apoyo a las mujeres que recientemente han sido madres. El proyecto fue desarrollado en Reino Unido en el año 2000 ([www.netmums.com](http://www.netmums.com)). Este programa ofrece información a las madres sobre una amplia variedad de temas, como el embarazo, el parto, la alimentación y la nutrición, el desarrollo infantil y el cuidado de los niños. Como parte de este proyecto, los investigadores desarrollaron un programa de tratamiento online para la DPP, *Netmums Helping With Depression* (Netmums HWD) basado en la Activación Conductual (AC) que fue adaptado específicamente a las preocupaciones de las mujeres en el posparto.

O'Mahen et al. (2013b), llevó a cabo un estudio para examinar la viabilidad de la intervención en términos de reclutamiento, adherencia y evaluar la eficacia posnatal del tratamiento de AC de *Netmums* en comparación con el tratamiento habitual. Los autores concluyen que los resultados del ECA demuestran que puede ser particularmente útil para llegar a los grupos de mujeres que no tienen acceso a tratamientos dispensados en consulta convencional, ayudan a combatir el estigma social, permiten mayor flexibilidad y acceso desde el hogar. A pesar de los buenos resultados reportados, se dieron altas tasas de deserción, los investigadores modificaron la intervención AC. Las mujeres en el ensayo original reportaron dificultades para mantenerse al día con los materiales proporcionados y demandaron individualizar los materiales. Dichos materiales de tratamiento se modificaron para tener un enfoque modular, y se incorporó un componente de apoyo/guía con el fin de mejorar la comprensión del tratamiento y la adherencia.

Después de incorporadas las modificaciones propuestas por el primer estudio, se publicó en 2014 un ECA del programa *Netmums* basado en AC para el tratamiento de la depresión posparto (O'Mahen et al., 2014). En general Las mujeres que recibieron la intervención CA mejoraron con respecto a los síntomas depresivos, la ansiedad, el trabajo y el funcionamiento social después del tratamiento, en comparación con las mujeres en del grupo control que recibió el tratamiento habitual. Los tamaños del efecto eran grandes. Las diferencias entre los dos grupos siguieron siendo significativas a los seis meses posteriores al tratamiento.

Estos ensayos demuestran que mediante el uso de Internet no solo es posible detectar la DPP, sino que también podría ser utilizado para ofrecer tratamiento a

mujeres que de otra manera no podrían acceder al tratamiento cuando es llevado a cabo en un entorno convencional (O'Mahen et al., 2014).

**MomMoodBooster (MMB):** Es un programa de intervención a través de Internet basado en la adaptación de Milgrom del *Coping With Depression Course* (CWDC) (Lewinsohn, 1992) para la DPP (Milgrom, Martin y Negri, 1999; Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil y Martin, 2005; Milgrom y McCloud, 1996). La población a la que va dirigido el programa son las mujeres que se encuentren en un periodo de tiempo menor a 12 meses después del parto. MMB se complementa con una serie de llamadas telefónicas por parte de un “coach” personal. Las personas encargadas de realizar las llamadas, son personal cualificado o psicólogos/as, que forman parte de la investigación que han recibido formación en el contenido del programa de MMB.

Danaher et al. (2013) realizaron un estudio piloto cuasi-experimental sin grupo de control aleatorizado, con el objetivo de comprobar probar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia potencial de este programa. Los resultados mostraron mejoras significativas en la sintomatología de las mujeres. Las participantes reportaron una puntuación media alta en cuanto a su satisfacción con las características del programa MMB y calificaron el “coach” personal como útil una medida de utilidad. Según los autores los resultados son alentadores y a pesar de las limitaciones del estudio, parece que MMB presenta una opción de tratamiento para la DPP innovadora que puede reportar enormes beneficios ventajas a las pacientes.

Como hemos podido comprobar estos dos programas descritos van dirigidos a la población de mujeres en el periodo de posparto, no obstante, a pesar de que la disponibilidad actual de programas dirigidos a la población de mujeres en periodo prenatal es bastante escasa, existen algunos programas que si incluyen a la población de mujeres embarazadas y pretenden brindar atención. Este es el caso del programa *Mamma Mia*.

**Mamma Mia:** Es un programa auto-aplicado de autoayuda e intervención a través de Internet. Presenta tres objetivos claros: prevenir la DPP, el tratamiento de las mujeres embarazadas o en el posparto recientes con síntomas leves o moderados de depresión, y mejorar el bienestar subjetivo de las mismas. En total el programa está formado por 44 sesiones, con una duración de 11 meses administrado en 3 fases (embarazo, maternidad temprana y maternidad tardía). Se basa en la psicología positiva, la terapia meta-cognitiva y la terapia de pareja.

El programa controla el nivel de los síntomas depresivos de los participantes a lo largo del tiempo. La herramienta utilizada para la evaluación es la Edinburgh Postnatal

Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987). La evaluación se realiza en cinco momentos: una durante el embarazo y cuatro veces después del nacimiento del bebé. Después de cada evaluación, los participantes reciben retroalimentación sobre la base de sus puntuaciones en la EPDS. Según la puntuación el programa recomienda a las usuarias ponerse en contacto con personas significativas para hablar sobre cómo se sienten, y de ser necesario, buscar ayuda profesional (el programa sugiere como pueden hacerlo).

Haga, Drozd, Brendryen y Slinning (2013) llevaron a cabo un estudio piloto para valorar la viabilidad del programa. Los objetivos del estudio fueron: analizar la aceptación por parte de las participantes de *Mamma Mia*, examinar la forma en que se percibe entre las usuarias finales e identificar problemas potenciales con el uso, la aceptación y las necesidades específicas del programa que podría proporcionar un valor añadido al programa. Se trata de un estudio mixto, tanto cualitativo como cuantitativo que recoge los datos mediante entrevistas semiestructuradas online en dos fases, el embarazo o la maternidad realizadas a las mujeres y sus parejas. Los participantes en la fase de embarazo fueron entrevistados 4 y 8 semanas después de la inscripción, y las participantes en la fase posparto fueron entrevistadas 2 y 4 semanas después de la inscripción. Se midió la percepción de utilidad, la facilidad percibida, la credibilidad, la satisfacción y la pertinencia mediante escalas tipo Likert de 7 ítems. En líneas generales los resultados mostraron que más de dos tercios de las usuarias encontraron *Mamma Mia* como un programa de alta calidad y se lo recomendaría a otras usuarias. La mayoría también encontró la cantidad de información y la frecuencia de la programación de intervención apropiada. Además el programa fue percibido como una intervención fácil de usar y verosímil. A pesar de haber detectado también la necesidad de realizar algunas modificaciones (mejorar la disponibilidad del programa con el uso de otras m-Salud como *tablets* o teléfonos inteligentes, mayor adaptación de la información según la fase y la individualización del tratamiento a las características particulares de la mujer y la familia) En general, la aceptación de las usuarias fue buena y los resultados se suman a la viabilidad del programa.

Las m-Salud aplicadas a este contexto, pueden entenderse como instrumentos de refuerzo para gestionar el periodo de embarazo de la mujer de un modo saludable, ya que pueden ser utilizadas como herramientas de atención continua que aporten información y ayuden a las mujeres a desarrollar habilidades para hacer frente a los cambios físicos y emocionales durante el embarazo (Peyton et al., 2014; Tamrat et al., 2012).

### 8.3.2 Herramientas de salud prenatal alternativas basadas en las TIC's

El uso de m-Salud como los mensajes de texto (SMS) o las llamadas de voz IVR (Interactive Voice Response) pueden ser estrategias para facilitar el asesoramiento y sugerir conductas de salud que hagan más conscientes de los riesgos a las mujeres embarazadas (Lund et al., 2014). Respecto a estos instrumentos podemos citar dos ejemplos:

**Aponjon:** es un instrumento basado en las IVR y los SMS desarrollado en Bangladesh. Ofrece mensajes de texto y de voz a las mujeres embarazadas, a las madres con bebés recién nacidos y a sus familiares sobre temas relacionados con los síntomas del embarazo, la nutrición y los signos de peligro obstétrico según la semana de embarazo o la edad del bebé. La información proporcionada es fiable y tiene una periodicidad semanal (Ahsan y Raihan, 2013).

**Text4baby:** es un programa eficaz basado en el uso de los SMS desarrollado en EE.UU. Las mujeres embarazadas se inscriben mediante el envío de un mensaje de texto con la fecha de parto esperada y su código postal. Con ello reciben tres mensajes a la semana ofreciendo información basada en la evidencia relevante para la etapa del embarazo que se encuentren; cada mensaje incluye un número de teléfono gratuito relacionado con servicios de bajo coste relacionadas con el tema del mensaje teniendo en cuenta la ubicación de la mujer (Parker Dmitrieva, Frolov y Gazmararian, 2012).

Actualmente los teléfonos inteligentes y las aplicaciones (apps) han ampliado considerablemente las posibilidades de asistencia sanitaria. Según el informe *Research2guidance*, se espera que para el año 2018 más del 50% de los usuarios de teléfonos inteligentes y *tablets* se habrá descargado aplicaciones de m-Salud (Research2guidance, 2014 y 2015). De acuerdo con la *European Commission's Green Paper on mobile health* (2014), las apps de los teléfonos inteligentes pueden ayudar a la dispensación de la atención sanitaria pública en el mantenimiento y mejora de las conductas de salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas de manera directa o indirecta.

Según algunos investigadores, los teléfonos inteligentes son los dispositivos más comunes utilizados por las mujeres embarazadas que son usuarias activas de Internet. Además, prefieren las versiones móviles de sitios web a los recursos estáticos debido a su fácil accesibilidad en la mayoría de espacios (Hearn et al., 2014; Waring et al., 2014).

Jihye y Iftakahr (2016) analizaron algunas aplicaciones internacionales relacionadas con el embarazo y señalaron que las aplicaciones cumplen diversas



funciones, como son: proporcionar información, ayudar a la formación o entrenamiento y establecimiento de actitudes y conductas, permitir el seguimiento y facilitar enlaces a otros recursos.

Las apps también son herramientas que pueden desempeñar un papel importante en la promoción del bienestar psicológico de las mujeres embarazadas. Estas nuevas formas de tecnología interactiva y personalizada tienen más probabilidades de persuadir a las mujeres a cambiar sus estilos de vida que los instrumentos tradicionales. La tecnología de teléfonos inteligentes y las aplicaciones, por su particularidad de estar siempre al alcance, pueden ofrecer una nueva estrategia para promover prácticas de salud más eficazmente que cualquier otro material existente (Jihye y Iftekhar, 2016; Johnson, 2014).

En los últimos años, se han desarrollado apps para la salud mental que han demostrado un buen potencial para el manejo del estrés y la ansiedad (Preziosa, Grassi, Gaggioli y Riva, 2009; Repetto et al., 2013; Villani y Riva, 2012; Villani et al., 2013). En este sentido podemos citar algún ejemplo de apps disponibles para la atención de los trastornos emocionales en el periodo prenatal.

***Benessere Mamma*** (Carissoli, Villani y Riva, 2016): fue desarrollada para ayudar a las mujeres embarazadas a mejorar el manejo del estrés y la ansiedad, especialmente en el último trimestre del embarazo, y a enfrentarse mejor al parto. Esta app consiste en un protocolo breve de auto-ayuda sobre la práctica de relajación, mindfulness y ejercicios de imaginación guiada proporcionados a través de un teléfono inteligente para reducir el estrés durante el embarazo y para restaurar los niveles de energía y bienestar. La aplicación está diseñada con el objetivo de ayudar a las mujeres a reconocer y utilizar sus recursos potenciales para hacer frente a los problemas y dificultades relacionadas con el embarazo y el parto.

El programa tiene una duración de 4 semanas e incluye actividades y materiales que se pueden dividir en las siguientes áreas: un área informativa (para aumentar el conocimiento sobre el estrés, la relajación y su efectos beneficiosos); un área de la conciencia emocional (pretende conseguir que la mujer tome conciencia de lo que influye en su estado de ánimo y lograr el desarrollo de la confianza en la propia capacidad para cambiar los estados emocionales negativos y la activación fisiológica correlacionada); un área experimental (en la que se practica la meditación, ejercicios de respiración, visualizaciones y se invita a escuchar música o sonidos naturales); por último, se incluye un enlace de apoyo profesional (para formular preguntas o solucionar dudas). La aplicación pretende promocionar la práctica de ejercicios de relajación diaria

para reducir la ansiedad y el nivel de estrés percibido de las mujeres embarazadas. Sus autores insisten en que esta aplicación puede ayudar a mejorar el conocimiento y aceptación de las emociones, positivas y negativas, como una experiencia que forma parte de este periodo especial de la vida de las mujeres. Además, las tareas que fomentan la conciencia emocional y la confianza en sí mismo pueden hacer que los síntomas depresivos sean reconocidos más fácilmente y por lo tanto pueden ser útiles en el objetivo de reducir el riesgo de depresión. Finalmente los autores añaden que *Benessere Mamma* puede hacer que las mujeres se familiaricen con los cambios del estado de ánimo y ayudarles a mejorar el manejo de la ansiedad y las emociones negativas durante el embarazo, lo que contribuiría a su vez con la reducción del riesgo de depresión prenatal y posparto.

#### **8.4 Hacia el desarrollo tecnológico de la atención a la salud mental prenatal**

La e-Salud y m-Salud se están convirtiendo en la nueva manera de promover la salud mediante el uso de las TIC's en todo el mundo (Bert et al., 2013; Watterson, Walsh y Madeka, 2015). La rápida expansión del acceso a Internet y las tecnologías móviles dan la oportunidad de mejorar el bienestar mediante la promoción de las conductas saludable y la reducción de los comportamientos de riesgo haciendo posible la prevención y la cultura de búsqueda de atención, así como la aplicación de tratamientos basado en la evidencia.

Internet y las tecnologías móviles pueden representar una solución de bajo costo para hacer frente a algunos problemas sanitarios mundiales como la falta de información general sobre las enfermedades, la falta de profesionales de la salud, o la falta de formación por parte de los profesionales de la salud (Watterson et al., 2015). Asimismo, como ya se ha explicado en puntos anteriores, la investigación ha hecho extensible estos enfoques basados en el uso de las TIC's, hasta la esfera de la atención a la salud mental. Las intervenciones basadas en las e-Salud mental y el uso de las m-Salud mental, se incluyen en el repertorio de instrumentos válidos que pueden ofrecer atención y mejoras en la detección, prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos.

Como podemos observar, existe un incipiente interés por los enfoques que incluyen el uso de las TIC's en la atención materno-infantil. Los fundamentos científicos disponibles hasta el momento parecen confirmar los beneficios potenciales que las e-

Salud mental pueden proporcionar a los pacientes, los profesionales y al sistema de salud en general. No obstante, como hemos visto, todavía hay pocos estudios con el rigor metodológico adecuado, que investiguen sobre los resultados de los programas online o las herramientas de m-Salud relacionadas con la atención a la salud mental de la mujer durante el periodo de embarazo y el posparto.

En este sentido la comunidad científica debería trazar líneas de investigación futura con el objetivo de aumentar la cantidad de estudios que avalen los beneficios a corto y largo plazo de las intervenciones de e-Salud mental y garantice el bienestar de las mujeres que las utilicen. Del mismo modo, se deberían realizar más estudios sobre los posibles inconvenientes y efectos negativos de las intervenciones basadas en las e-salud, con el objetivo de ofrecer una atención de alta calidad.

Tal y como se ha comentado en líneas anteriores, son muchas las ventajas que ofrecen las e-salud aplicadas a la atención a la salud mental, su rápida accesibilidad, la facilidad de uso, su condición de ubicuidad, la capacidad de dispensarse en múltiples modalidades, las características interactivas y la posibilidad de enlazar con otros recursos, pueden resultar también muy beneficiosas si se dirigen a la población de mujeres en periodo perinatal.

La aplicación de las TIC's en favor de la salud mental prenatal podría ser una opción para lograr la mejora en la detección de los factores de riesgo relacionados con los problemas de salud mental como la ansiedad y depresión en el embarazo; aumentar sus conocimientos y habilidades mediante programas de promoción de la salud, mejorar la gestión y manejo de los síntomas mediante programas de prevención y además, ser derivadas de manera fácil y rápida a los servicios especializados pertinentes, si fuese necesario, para recibir el tratamiento adecuado.

Del mismo modo, las TIC's aplicadas a la salud mental perinatal facilitarían que las mujeres pudieran establecer círculos sociales de apoyo entre iguales, mejoraran la comunicación con los profesionales sanitarios y pudieran adquirir comportamientos saludables y desarrollar habilidades personales para el manejo del estrés, que les permita afrontar mejor el embarazo, el parto y la maternidad (Peyton et al., 2014; Tripp et al., 2014).

Para conseguir llevar a la práctica real todas estas ventajas y beneficios comentados, es necesario que los organismos políticos responsables inviertan recursos en el desarrollo de programas establecidos de modo estandarizado, dedicados a la detección precoz de los trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad prenatal, en las mujeres con factores de riesgo, que permitan su rápida derivación a los

servicios adecuados. Así como programas enfocados a la prevención de la depresión prenatal y programas de tratamientos empíricamente validados que garanticen la recuperación o remisión de las mujeres afectadas.

A todo lo anterior cabe añadir, la necesidad de divulgar el uso de las herramientas tecnológicas y los programas derivados de estas entre los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular, puesto que son piezas fundamentales para apoyar este proceso. Sería muy favorable contar con profesionales entrenados y con la suficiente formación, que formaran parte integral del sistema, de manera que facilitaran la promoción de las e-Salud y las m-Salud, protegiendo a las mujeres de los posibles riesgos de su uso y orientándolas en sus búsquedas (Bert et al., 2013; Romano de 2007; Tripp et al., 2014).

Como hemos podido comprobar en este capítulo diversos programas basados en Internet y otro tipo de herramientas tecnológicas relacionados con la atención a la salud mental de la mujer durante el embarazo y el posparto ya están disponibles en el mercado, y su popularidad creciente indica un cambio en la concepción de la atención, aportando notables ventajas encaminadas hacia la potenciación del empoderamiento de las mujeres dentro de la prestación de atención a la salud mental perinatal.

Contribuir a que las mujeres estén mejor informadas sobre su estado de salud mental y sus riesgos potenciales, facilitar la detección precoz de problemas psicológicos como la depresión prenatal que permitan una derivación rápida y la dispensación de intervenciones preventivas y de tratamientos que las conviertan en más autoeficaces en la gestión de su estado psicológico y su comportamiento, representa un objetivo importante. Las TIC's en todas sus vertientes pueden impulsar la obtención de estos objetivos, logrando que las mujeres estén comprometidas en la atención a su salud mental. Este modelo emergente de atención a la salud mental prenatal y posparto hará que la vida de las mujeres embarazadas sea más fácil y más satisfactoria, logrando a la vez, una reducción de posibles costes médicos y sociales.

Con el objetivo de contribuir al estudio científico en el campo de la salud mental perinatal a través de las TIC's, en el Marco Experimental de este trabajo de tesis expondremos los análisis, resultados y conclusiones obtenidas a partir del estudio de un amplio conjunto de variables de carácter sociodemográfico, obstétrico, médico, de hábitos de salud, del área social y variables psicopatológicas en un grupo de mujeres embarazadas y su relación con las alteraciones emocionales, fundamentalmente la depresión, junto con su nivel de ajuste y funcionamiento social en el periodo prenatal. Asimismo también se expondrán los resultados del estudio de la utilidad clínica de la aplicación online MamáFeliz en la evaluación y diagnóstico de alteraciones del estado de ánimo en el periodo prenatal de la vida de la mujer.



## MARCO EXPERIMENTAL

### 9 Objetivo e hipótesis

#### 9.1 *Objetivo general:*

El objetivo general del presente proyecto de tesis es profundizar en el análisis de un conjunto de variables sociodemográficas, obstétricas, médicas, hábitos de salud, de apoyo social y factores de vulnerabilidad psicopatológicos en la mujer embarazada y su relación con las alteraciones emocionales, principalmente la depresión, además del ajuste y funcionamiento social en el periodo prenatal. Al mismo tiempo se pretende analizar la utilidad clínica de la aplicación online MamáFeliz en la evaluación y diagnóstico de alteraciones del estado de ánimo en este periodo de la vida de la mujer y su derivación.

El estudio, se llevará a cabo por medio de una aplicación informática online llamada MamáFeliz que se explicará con detenimiento más adelante. A continuación, enumeraremos con mayor detalle los objetivos específicos:

## **9.2 *Objetivos específicos:***

1. Describir las características sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, del área social y las variables psicopatológicas en el periodo prenatal de un grupo de mujeres evaluadas a través de internet.
2. Comparar a las mujeres embarazadas con sintomatología depresiva y sin sintomatología depresiva en cuanto a las variables sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, del área social y psicopatológicas.
3. Explorar la relación entre las variables sociodemográficas, obstétricas, médicas, hábitos de salud, del área social y psicopatológicas con las variables de estado de ánimo, de ajuste y funcionamiento social.
4. Analizar la evolución de las variables psicopatológicas entre dos momentos del periodo prenatal.

## **9.3 *Hipótesis***

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, las hipótesis sometidas a prueba fueron las siguientes:

- a) Las características sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, del área social, y psicopatológicas en el periodo prenatal de las mujeres evaluadas a través de Internet serán comparables a las obtenidas en otros estudios.
- b) Se obtendrán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres con síntomas depresivos y el grupo de mujeres sin síntomas depresivos en las variables sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, del área social y psicopatológicas. De este modo, las mujeres con síntomas depresivos presentarán un nivel socioeconómico más bajo, embarazo no deseado y/o no planificado, abortos previos, embarazo de riesgo y mayor ambivalencia afectiva. También presentarán historia de depresión previa y mayor consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo. Además, presentarán puntuaciones elevadas en neuroticismo, afecto negativo y ansiedad; puntuaciones bajas en extraversión, autoestima y afecto positivo; un estilo de afrontamiento negativo o desadaptativo, puntuaciones elevadas en eventos adversos estresantes y un bajo apoyo social.



- c) Ciertas variables sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, del área social y psicopatológicas se relacionarán con el bienestar emocional y el ajuste de las mujeres evaluadas. En concreto, siguiendo estudios previos, se espera que las siguientes variables se relacionen con peor salud emocional, menor ajuste y menor funcionamiento social: nivel socioeconómico bajo, historia previa de trastornos emocionales, embarazo no deseado y/o no planificado, mayor consumo de tabaco y alcohol, puntuaciones elevadas en neuroticismo, afecto negativo y ansiedad, puntuaciones bajas en extraversión, afecto positivo y autoestima, estrategias de afrontamiento negativas o desadaptativas y mayor vivencia de eventos adversos.
- d) Se obtendrán cambios estadísticamente significativos entre los dos periodos de evaluación respecto a las variables psicopatológicas. Concretamente se espera una disminución en el estado de ánimo, ajuste, funcionamiento social y afrontamiento, mientras que las variables de personalidad se mantendrán sin cambios significativos.
- e) Respecto al cambio en los síntomas depresivos, se observará como las mujeres con síntomas depresivos entre la semana 16-24 de gestación, mantendrán la sintomatología depresiva en la semana 30-36 del embarazo.

## **10 Método**

### ***10.1 Reclutamiento y selección de la muestra***

Las participantes que conformaron la muestra del estudio fueron todas aquellas mujeres que de manera voluntaria completaron el programa de evaluación online MamáFeliz.

La información sobre la disponibilidad del programa fue ofrecida a un amplio grupo de población de mujeres en diferentes contextos de la atención materno-infantil pública y privada de la Comunidad Valenciana y Aragón

Además también se realizaron campañas de difusión que se realizaron a través de Internet y diferentes medios de comunicación como prensa, cartelería, correo

electrónico, radio o televisión, informando sobre la puesta en marcha de un programa de evaluación del estado emocional de las mujeres en periodo perinatal.

El personal sanitario colaborador conocedor del proyecto, proporcionaba la información por escrito del objetivo y procedimiento básico del programa a cada mujer usuaria del servicio de atención materno-infantil del centro correspondiente. En el documento, además de una breve explicación del proyecto, aparecía la dirección web donde debían entrar en caso de querer participar en el estudio ([www.mamafeliz.es](http://www.mamafeliz.es)) y se adjuntaba un código personal para registrarse en el programa, mediante el cual accedería a este durante todo el periodo de evaluación hasta completarlo. En el anexo 1 se adjunta un ejemplo del documento con la información para el acceso y registro al programa online.

Una vez registradas, debían leer y aceptar los documentos de protección de datos y confidencialidad (Declaración de Helsinki (Seul, 2008), Ley 14/2007 de Investigación biomédica, Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal). Del mismo modo, se presentaba un documento respecto al consentimiento informado sobre el tratamiento de datos.

Las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión pasaron a formar parte del estudio.

#### **Criterios de inclusión:**

Para ser incluida en el estudio se consideraron los siguientes criterios:

- ✓ Mujer embarazada mayor de edad.
- ✓ Disponer de acceso a Internet.

#### **Criterios de exclusión:**

- ✓ Ser menor de edad.
- ✓ No dominar el idioma castellano.

En cuanto a la duración del periodo de selección y reclutamiento de la muestra, se inició en el mes de Enero de 2012 y finalizó en el mes de septiembre de 2015.

En cuanto al tamaño muestral, se tuvo en cuenta un número de participantes mínimo para que, se pudiesen detectar diferencias y relaciones significativas entre las múltiples variables a estudio.

Más adelante se explicará con detenimiento la herramienta online MamáFeliz para la evaluación del estado de ánimo durante el embarazo y posparto y los periodos de evaluación que lo conforman, no obstante, debemos avanzar que en nuestro estudio,

la obtención de datos corresponde a la etapa prenatal cuyos momentos de evaluación son entre la semana 16 y 24 de gestación (que corresponde al segundo trimestre de embarazo) y entre la 30 y 36 semana de gestación (que corresponde al tercer trimestre de embarazo).

Previo a la descripción de las características de la muestra es importante especificar cuál es el tamaño muestral total en nuestro estudio:

- **Muestra total:** N= 266 mujeres embarazadas.
- **Mujeres que solo realizaron la primera evaluación:** N=62 (fueron evaluadas entre la semana 16-24 de gestación y no continuaron el programa).
- **Mujeres que solo realizaron la segunda evaluación:** N=119 (fueron evaluadas solo entre la semana 30-36 de gestación).
- **Muestra total de mujeres que completaron los dos momentos de la evaluación:** N=85.

## **10.2 Descripción de la muestra**

A continuación se realiza una descripción de la muestra de estudio respecto a las características sociodemográficas y obstétricas.

### **10.2.1 Variables sociodemográficas**

El total de la muestra del estudio (N=266) estuvo compuesta por mujeres, con un rango de edad que se situó entre los 18 y los 42 años, con una media total de 33.0 años y una desviación típica de 4.2. El 93.2% de las mujeres son de nacionalidad española. Respecto al estado civil el 77.8% de las participantes referían tener pareja con la que comparten hogar, el 67.7% estaban casadas. En cuanto al nivel educativo el 63.2% de las mujeres presentaban estudios superiores. Por lo que se refiere a su situación laboral en el momento de la inclusión en el estudio, más de la mitad de las mujeres participantes (53.4%) se encontraban en situación activa. Respecto al nivel económico según la renta familiar anual la mayoría de la población (44.5%) se encontraba en un nivel medio-bajo. Finalmente en cuanto a la cobertura sanitaria el 60.4% de las mujeres no disponían de un seguro médico privado complementario o alternativo a la sanidad pública. La Tabla 16 presenta con mayor detalle las características sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 16- Descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>Total</b>
<b>Edad</b>	<b>266</b>	
Rango		18-42
M		33.0
DT		4.2
<b>Nacionalidad</b>	<b>266</b>	
Española		248 (93.2%)
Otros		18 (6.8%)
Sudamericana/Centroamericana		7 (2.6%)
Europa del Este		6(2.3%)
Europa Occidental		4(1.5%)
Norteamericana		1(0.4%)
<b>Estado civil</b>	<b>266</b>	
Con pareja conviviente		207 (77.8%)
Casadas		180 (67.7%)
Pareja de hecho		27 (10.2%)
Sin pareja conviviente		59 (22.2%)
Solteras		54 (20.3%)
Divorciadas		4 (1.5%)
Separadas		1 (0.4%)
<b>Nivel de estudios</b>	<b>266</b>	
Básicos		33 (12.4%)
Primarios		10 (3.8%)
Secundarios		11 (4.1%)
Bachiller		12 (4.5%)
Intermedios		65 (24.4%)
FP I		28 (10.5%)
FP II		37 (13.9%)
Superiores		168 (63.2%)
Universitarios		132 (49.6%)
Master		28(10.5%)
Doctorado		8 (3.0%)
<b>Situación laboral</b>	<b>266</b>	
Trabaja		142 (53.4%)
No trabaja		124 (46.6%)
Paro		67 (25.2%)
Baja por maternidad		30 (11.3%)
Incapacidad laboral temporal		27 (10.2%)
<b>Nivel económico según renta familiar anual</b>	<b>265</b>	
Bajo (1000-15000 euros)		36 (13.6%)
Medio-bajo (16000-30000 euros)		118 (44.5%)
Medios (31000-45000 euros)		77(29.1%)
Altos		34 (12.8%)
46000-55000 euros		14 (5.3%)
Más de 56000 euros		20 (7.5%)
<b>Seguro médico privado</b>	<b>144</b>	
Sí		57 (39.6%)
No		87 (60.4%)

## 10.2.2 Variables Obstétricas

El 55.3% de las mujeres del estudio se encontraban entre la 16-24 semana de gestación en el momento de la evaluación del programa MMF, mientras que el 44.7% restante se encontraba entre la 30-36 semana de gestación. Para más de la mitad de las mujeres (65.1%) era su primer embarazo. Respecto a los antecedentes, el 80.8% de las mujeres no habían sufrido abortos previos. La mayoría de las mujeres (88.6%) presentaba un embarazo natural y solo el 2.9% de las mujeres presentaba un embarazo gemelar. En referencia al nivel de riesgo del embarazo, la mayoría de las mujeres (72.6%) presentaba un riesgo bajo y solo 2 de las mujeres del estudio presentaban un embarazo de muy alto riesgo. En cuanto a la planificación y deseo del embarazo, en el 84.8% de los casos las mujeres referían tener un embarazo planeado. y casi el total de las mujeres (98.1%) refería que su embarazo era deseado. Los resultados pueden verse en la Tabla 17.

**Tabla 17- Descriptivos de las variables obstétricas de la muestra**

<b>Variables obstétricas</b>	<b>N</b>	<b>Total</b>
<b>Periodo de gestación</b>	<b>266</b>	
16-24semana (2º Trimestre)		147(55.3%)
30-36 semana (3º Trimestre)		119 (44.7%)
<b>Número de embarazos</b>	<b>209</b>	
Primípara		136 (65.1%)
Múltipara		73 (34.9%)
<b>Antecedentes de aborto</b>	<b>266</b>	
Sí		51 (19.2%)
Uno		36 (13.5%)
Dos o más		15 (5.6%)
No		215 (80.8%)
<b>Tipo de embarazo</b>	<b>210</b>	
Natural		186 (88.6%)
Reproducción Asistida		24 (11.4%)
<b>Embarazo gemelar</b>	<b>210</b>	
Sí		6 (2.9%)
No		204 (97.1%)
<b>Nivel de riesgo en el embarazo</b>	<b>239</b>	
Sin riesgo destacado		193(80.8%)
Con riesgo destacado		46 (19.2%)
Medio		28(11.7%)
Alto		16(6.7%)
Muy alto		2(0.8%)
<b>Embarazo planificado</b>	<b>210</b>	
Sí		178 (84.8%)
No		32 (15.2%)
<b>Embarazo deseado</b>	<b>210</b>	
Sí		206 (98.1%)
No		4 (1.9%)

### **10.3 Descripción del programa MamáFeliz**

El desarrollo de la aplicación MamáFeliz (MMF) se enmarca en el campo de la “Innovación social en Tecnología y Ciencias Sociales”, concretamente en el ámbito de estudio materno-infantil, que dedica sus esfuerzos a conseguir el mayor grado de bienestar físico, psicológico y social de las mujeres embarazadas. Dentro de este campo de estudio, se elabora una herramienta informática para la evaluación y estudio de los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones emocionales perinatales y para detectar y prevenir el desarrollo de estas alteraciones a lo largo del embarazo y después del parto. Las alteraciones emocionales perinatales más frecuentes son los niveles elevados de ansiedad, la depresión prenatal y la depresión posparto (DPP), fundamentalmente.

El objetivo general de la puesta en marcha de MMF es ofrecer toda una serie de medidas de evaluación psicológica relacionadas, según la literatura científica, con los factores de riesgo para la aparición de alteraciones emocionales en la mujer, durante y después del embarazo.

Además de los aspectos psicopatológicos y psicosociales, MMF también pretende indagar en la información relacionada con variables sociodemográficas, médicas y obstétricas de relevancia, que podrían estar relacionadas con algunas de las alteraciones del estado de ánimo en el periodo prenatal y el posparto, ofreciendo a las participantes, al finalizar, feedback respecto a su estado emocional.

El programa MMF pretende mostrarse como una aplicación online, accesible, atractiva y de fácil uso, que sirva como medio de evaluación, diagnóstico y seguimiento eficaz para garantizar la identificación de todas aquellas mujeres que presentan uno o más factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología emocional y del mismo modo lograr la prevención de las alteraciones emocionales antes y después del parto.

El diseño del programa ofrece un protocolo de evaluación inicial y seguimiento conformado por una serie de medidas e instrumentos divididos en cinco periodos. En el anexo 2 se adjunta la información sobre la distribución en bloques de la evaluación y las herramientas utilizadas para dicho fin.

### 10.3.1 Desarrollo del programa de evaluación psicológica MamáFeliz

El programa MMF se inicia con la introducción del código personal proporcionado en la aplicación accesible desde [www.mamafeliz.es](http://www.mamafeliz.es). A continuación aparece la bienvenida y presentación del programa (Ver Figura 2 y Figura 3).



**MamáFeliz**

CRTCS centro de psicoterapia y formación

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

GENERALITAT VALENCIANA

Bienvenida y registro

**Bienvenida a la aplicación informática MamáFeliz y enhorabuena por su embarazo.**

A continuación, le mostraremos la información más relevante que usted debe conocer sobre MamáFeliz, de esta forma entenderá la naturaleza y propósito científico del presente estudio y las condiciones de participación en el mismo.

Si Usted no tiene contraseña y le gustaría formar parte de MamáFeliz puede ponerse en contacto con nosotros a través de [mamafeliz@crtcs.es](mailto:mamafeliz@crtcs.es) o 964 069 637 y obtener más información

Esta encuesta es de acceso restringido. Necesita una contraseña válida para participar.  
Si se le ha proporcionado una contraseña, por favor introdúzcala en el cuadro de texto y pulse en continuar.

Contraseña

Figura 2- Bienvenida y registro en MMF I



**MamáFeliz**

CRTCS centro de psicoterapia y formación

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

GENERALITAT VALENCIANA

Bienvenida y registro

1. Bienvenida 2. Equipo profesional 3. ¿Qué es MamáFeliz? 4. ¿En qué puede ayudarme? 5. Pasos

Este estudio está subvencionado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y la Agencia Valenciana de Salut en su convocatoria de "ayudas para establecer un conjunto de actuaciones de promoción de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana para el ejercicio 2011".

Figura 3- Bienvenida y registro en MMF II

A continuación aparece la explicación de diferentes aspectos que las participantes deben conocer sobre la aplicación, como por ejemplo: *¿Qué es MamáFeliz?*; *¿En qué puede ayudarme MamáFeliz?*; *equipo profesional que respalda el estudio*; *pasos para iniciar la participación en MamáFeliz*. Además también se proporciona información acerca del soporte técnico y profesional que tienen a su disposición para consultar cualquier duda o comunicar incidencias que puedan aparecer a lo largo de su participación en el estudio (Ver Figura 4 y Figura 5).



Figura 4- Sobre la aplicación MMF I



Figura 5- Sobre la aplicación MMF II

Una vez informadas sobre las características de la aplicación, las participantes pueden decidir si continuar con el registro y formar parte del estudio. El paso siguiente, es por tanto, la aceptación de las condiciones que la participación implica. Para ello se muestran a la usuaria la Hoja de Información y Consentimiento (Ver Figura 6).



Figura 6- Aceptación y condiciones de participación en MMF



Tras aceptar las condiciones de participación en MMF, se registran, por una parte, los datos de contacto y, además, una serie de datos sobre la gestante, como la semana de gestación, para que la propia aplicación la asigne a la fase de evaluación correspondiente (Ver Figura 7).

El formulario de registro en MMF está dividido en secciones horizontales con fondo beige. La primera sección contiene el título "MamáFeliz mediante su Declaración de consentimiento informado sobre el proyecto y la Confidencialidad y Protección de sus datos de carácter personal." Las siguientes secciones son: "Nombre" con un campo de texto; "Apellidos" con un campo de texto; "¿Ha dado ya a luz?" con dos botones de radio etiquetados "Sí" y "No"; "Email" con un campo de texto; y "Móvil" con un campo de texto y una leyenda "Sólo se aceptan números en este campo". En la parte inferior, una línea de texto azul indica: "A continuación solicitamos voluntariamente los datos de contacto de su pareja o persona de confianza (opcional)".

Figura 7- Registro en MMF

Una vez completada esta información, la aplicación emplaza a la usuaria o bien al inicio de la evaluación correspondiente o bien le comunica que será informada por correo electrónico o por mensaje al teléfono móvil de la fecha a partir de la cual estará disponible la evaluación para ella en MMF (Ver Figura 8). En este punto la aplicación pregunta a la usuaria si desea recibir los recordatorios para las evaluaciones al correo electrónico o teléfono móvil o al de su pareja o persona que elija.



Figura 8- Inicio de la evaluación en MMF

Al iniciar la primera evaluación en MMF, aparece una breve explicación del procedimiento de cumplimentación de los diferentes cuestionarios que irán apareciendo pantalla a pantalla (Ver Figura 9).

Muchas gracias por el tiempo que va a dedicar a responder a estas preguntas. Al hacerlo, usted está colaborando en el proyecto de investigación MamáFeliz. Nuestro deseo es conocer más sobre el estado emocional de la mujer a lo largo de su embarazo y tras el nacimiento de su bebé, y usted nos va a ayudar a hacerlo con sus respuestas.

A continuación, aparecerán en diferentes pantallas una serie de cuestionarios que recogen preguntas acerca de distintos aspectos relacionados con sus actividades sociales y personales.

Para facilitar su tarea de completar los cuestionarios, hemos dividido éstos en tres Bloques diferentes, que estarán accesibles con su código de usuario durante el periodo de tiempo que se le indicó vía email, por lo que al finalizar cada uno de ellos, Usted podrá o bien seguir avanzando y completarlos todos de una vez, o detenerse, grabar sus respuestas y retomarlo en otro momento (siempre dentro del margen temporal indicado).

Lea cuidadosamente las instrucciones específicas que aparecen al inicio de los diferentes cuestionarios antes de empezar. Marque sus respuestas en las casillas correspondientes y/o escriba solamente en el lugar que se le indica.

No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas". Describese a sí misma de forma sincera y exprese sus opiniones de la forma más precisa posible.

Responda a todos los ítems. Observe que las respuestas están numeradas, y asegúrese de que marca las respuestas en el espacio correspondiente al número adecuado.

Muchas gracias por su tiempo.

Siguiente >>

**Figura 9- Procedimientos de valuación en MMF**

La primera parte de la evaluación está centrada en la obtención de información relativa a aspectos sociodemográficos, obstétricos y médicos de la participante (Ver Figura 10).

☐ Sí ☐ No

\* ¿Tiene dificultades en la lactancia?

☐ Sí ☐ No

\* Problemas actuales respecto al parto/nacimiento de su bebé:

☐ Bajo peso

☐ Incubadora

☐ Dificultades suelo pélvico

☐ Incontinencia urinaria

☐ Desgarro perineal

☐ Ninguno

☐ Otros problemas asociados y/o congénitos:

\* ¿Ha acudido/acude al taller de estimulación y masaje del recién nacido?

☐ Sí ☐ No

\* ¿Ha acudido/acude a gimnasia postparto?

☐ Sí ☐ No

Siguiente >>

**Figura 10-Evaluación sociodemografica, obstétrica y médica en MMF**

Posteriormente se inicia la evaluación relativa a aspectos psicológicos como estado de ánimo, ansiedad, calidad de vida, afrontamiento del estrés, regulación emocional, autoestima, apoyo social, ajuste marital y personalidad, entre otros (Ver Figura 11).

\* Durante las 2 últimas semanas... ¿se encontraba tan nerviosa o inquieta que no podía dejar de moverse?

☐ Si  
☐ No

\* Durante las 2 últimas semanas... ¿qué tal se encontraba de energía? ¿Estaba todo el día cansada?

☐ Si  
☐ No

\* Durante las 2 últimas semanas... ¿Se sentía inútil y/o culpable por cosas que había hecho o dejado de hacer?

☐ Si  
☐ No

\* Durante las 2 últimas semanas... ¿tenía dificultades para pensar o concentrarse?

☐ Si  
☐ No

\* Durante las 2 últimas semanas... ¿estaban tan mal las cosas que pensaba mucho en la muerte o en que sería mejor estar muerta?

☐ Si  
☐ No

**Figura 11- Evaluación psicológica en MMF**

Tras completar todo el protocolo de evaluación, la usuaria recibe un mensaje informativo acerca de su estado de ánimo, de manera que si la aplicación ha detectado la posibilidad de que exista una alteración del estado emocional en la participante, se contacte con ella para realizar una evaluación psicológica personalizada más exhaustiva (Ver Figura 12).

La herramienta online MMF estaba programada para avisar a los investigadores en caso de que las puntuaciones en los instrumentos de medida del estado de ánimo indicaran la posible existencia de un trastorno depresivo. El investigador, en esos casos, llamaba por teléfono para realizar una evaluación más exhaustiva para confirmar o no el diagnóstico y derivar.

**MamáFeliz**

CREOS centro de psicoterapia y formación AGENCIA VALENCIANA DE SALUD GENERALITAT VALENCIANA

EVALUACION (Semanas 16-24) - BLOQUE II

0% 100%

Enhorabuena, las respuestas que usted ha dado en los diferentes cuestionarios y entrevistas informan de un estado emocional óptimo en este momento.

Muchas gracias por su colaboración y el tiempo que ha dedicado a responder a las preguntas de MamáFeliz. En breve nos volveremos a poner en contacto con Usted recordándole los periodos en los que podrá acceder a la aplicación y completar de nuevo los cuestionarios correspondientes.

Por favor, pulse el botón **Enviar** para finalizar

**Figura 12 Feedback sobre el estado de ánimo y derivación**

Al finalizar esta fase de evaluación, se agradece a la participante su esfuerzo y se la emplaza al aviso que recibirá de nuevo vía email para acceder a la aplicación MMF y completar la siguiente fase de evaluación con el objetivo de realizar el seguimiento de su estado emocional en diferentes periodos del embarazo y postparto (Ver Figura 13).



**Figura 13- Aviso para próxima evaluación en MMF**

Los pasos explicados se repiten en cuatro momentos diferentes, uno más con anterioridad al parto y tres en distintos periodos tras el nacimiento del bebé (a las 2 semanas, 4 semanas y 12 semanas). Tras la última de estas evaluaciones, MMF agradece a la usuaria su participación en el estudio y su dedicación e implicación a lo largo de las diferentes fases (Ver Figura 14).



**Figura 14- Fin del programa de evaluación MMF**

## **10.4 Instrumentos de medida y evaluación**

En el protocolo de evaluación del programa se incluyeron tanto entrevistas, como medidas de autoinforme de clínica general y específica de la población a estudio. Además se evaluó la satisfacción, y usabilidad de la aplicación MMF por parte de las usuarias. Estas medidas no se incluyen en nuestros análisis por encontrarse en un momento de la evaluación fuera de nuestro estudio (periodo posparto).

A continuación se describen todos los instrumentos de evaluación que conforman la aplicación online MMF.

### **10.4.1 Entrevistas**

#### **10.4.1.1 Entrevista biográfica adaptada MamáFeliz (Osma, 2011)**

Esta entrevista fue desarrollada para obtener información acerca de una serie de variables fundamentales para el conocimiento exhaustivo de las características de la población de mujeres en la etapa prenatal y posparto.

Inicialmente la entrevista pretende la valoración de los datos sociodemográficos: fecha de nacimiento, edad, nacionalidad, población de residencia, nivel de estudios, situación laboral, profesión, estado civil, el nivel de renta familiar y algunos aspectos relacionados con la pareja. Del mismo modo, la entrevista explora la presencia de antecedentes médicos, donde se incluye tanto los problemas físicos, como los relacionados con la salud mental de la mujer. Además, la entrevista evalúa algunos de los hábitos de salud más destacados para la etapa prenatal y posparto (consumo de tabaco, alcohol y drogas). Otro de los aspectos fundamentales de la entrevista es la evaluación de las variables relacionadas con el embarazo y la maternidad. Así pues, la entrevista incluye datos como: la semana de gestación, número de embarazos previos, abortos previos, nivel de riesgo del embarazo, entre otros aspectos. Además se incluye la valoración de otros factores como la presencia de ambivalencia afectiva o la valoración de determinadas conductas relacionadas con la maternidad como son la asistencia a la educación materno-infantil o la lactancia. Finalmente, la entrevista recoge la evaluación del área social de la mujer, donde se pretende evaluar dos aspectos. Por una parte, la calidad de las relaciones familiares y sociales en una escala con cinco opciones de respuesta (mala, regular, buena, no hay contacto, ha fallecido). Por otra, la

cantidad de apoyo y ayuda recibida por los mismos en escalas con cinco opciones de respuesta (nada, casi nada, regular, bastante y mucho).

#### **10.4.1.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999)**

La SCID-I es una entrevista semiestructurada, desarrollada por Robert Spitzer (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987), quien fue coordinador de los grupos de trabajo del DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV.

Esta entrevista proporciona las indicaciones precisas para la realización del diagnóstico de los diversos trastornos que recoge el Eje I del DSM-IV. Consta de dos partes o tipos de entrevista, una llamada “Visión general” en la que se puede realizar una exploración del sujeto, de su entorno y de sus problemas clínicos; una segunda parte, formada por seis entrevistas específicas que corresponde a seis módulos, cada uno de ellos tiene la finalidad de evaluar un tipo de trastorno del DSM-IV (Vázquez, 1995). El investigador puede utilizar la entrevista por módulos según el estudio concreto en una muestra particular de sujetos (Vázquez, 1995). En su administración, debemos tener en cuenta que la duración es aproximadamente de unos 45 a 90 minutos. Con el uso de la SCID-I se obtienen datos más fiables, precisos y válidos que el resto de las entrevistas clínicas. La fiabilidad entre entrevistadores presentaba valores de kappa entre 0.70 y 1.00 (First et al., 1999; Kranzler et al., 1995).

Tal y como ya se ha explicado en el marco teórico, tras la reciente publicación del DSM-5 en 2013, se ha desarrollado una nueva versión de la entrevista SCID, la *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5; APA, 2015) que pretende recoger los diagnósticos de los trastornos psiquiátricos junto con los cambios y las modificaciones planteadas en el actual DSM-5 (APA, 2013).

### **10.4.2 Escalas para las variables psicopatológicas**

#### **10.4.2.1 Personalidad**

***Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado*** (EPQ-R; Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985). Adaptación española de Sandín, Valiente, Charot, Olmedo y Santed (2002).

El EPQ es consecuencia de una larga saga de cuestionarios para la evaluación de la personalidad que se inició con el Maudsley Medical Questionnaire de 40 ítems (MMQ; Eysenck, 1952). A lo largo de los años ha sufrido notables transformaciones.

Inicialmente, el EPQ-R (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985) constaba de 100 ítems, a partir de los cuales se evalúan las dimensiones de Extraversión (E), Neuroticismo (N), Psicoticismo (P) y Sinceridad (L). Más adelante, a partir de la versión del EPQ-R de (Eysenck y Eysenck, 1991) este instrumento se convierte en uno de los más utilizados para la evaluación de la personalidad y empiezan a publicarse diferentes adaptaciones del EPQ-R en diversos países y lenguas, como por ejemplo Países Bajos (Sanderman, Eysenck y Arrindell, 1991), Zimbabwe (Wilson y Doolabh, 1992), Italia (Galeazzi, Goti y Vidotto, 1992) o Canadá (Eysenck et al., 1993).

Francis, Brown y Philipchalk (1992) desarrollaron una forma abreviada del cuestionario (EPQR-A) que contiene solo 24 ítems y permite evaluar cuatro subescalas, de las cuales tres se refieren a dimensiones de personalidad (E, N, P) y la última evalúa la tendencia a mentir o, más bien, a emitir respuestas de deseabilidad social (escala de sinceridad (L)). Su estudio psicométrico indicaba niveles adecuados de consistencia interna y validez convergente y divergente. Han sido diversos los estudios y adaptaciones de este cuestionario en población española, que se han llevado con los años. Por ejemplo la versión española de Sandin et al. (2002) que al igual que la versión original de Francis, Brown y Philipchalk (1992), consta de 24 ítems y cuatro subescalas (E,N,P y L), correspondiendo 6 ítems a cada una de las subescalas.

En el presente estudio para la evaluación de las dimensiones de Extraversión, Neuroticismo, y Psicoticismo propuestas por Eysenck, utilizamos el EPQ-RS, la versión corta en castellano del cuestionario EPQ-R (Ortet, Ibáñez, Moro y Silva, 2001), sin la escala L. Esta versión corta consta de 48 ítems con 12 ítems por dimensión que evalúan una serie de conductas y modos de pensar o de sentir habituales. El formato de respuesta del cuestionario es de Sí /No (Sí= 1 y No=0), donde una mayor puntuación significa mayor presencia del rasgo que evalúa. En cuanto a sus propiedades psicométricas, las tres escalas poseen una aceptable consistencia interna con un *alfa* de Cronbach de 0.65 hasta 0.82 para el Neuroticismo en hombres, mientras que para las mujeres la consistencia oscila entre un *alfa* de Cronbach de 0.67 para la dimensión de Psicoticismo hasta 0.82 para Neuroticismo en mujeres. Además, tanto las correlaciones entre escalas como los datos normativos que se obtienen con este cuestionario presentan un patrón similar a los de la versión completa.

***Inventario de ansiedad Estado-Rasgo*** (STAI-S/T; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

Existe la versión española validada realizada por Spielberger et al. (1982). Esta escala evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés en la población general (adultos y adolescentes). Consta de 40 ítems, la mitad de estos ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad de los ítems hacen referencia a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente. En la escala que valora la ansiedad como Estado cada ítem se puntúa en una escala de cuatro puntos (de 0=Nada a 3= Mucho). Para la escala que mide la ansiedad Rasgo cada ítem se puntúa también en una escala de cuatro puntos (de 0=Casi nunca a 3=Casi siempre). Las puntuaciones totales oscilan de 0 a 60, donde las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de la ansiedad. Existen baremos en puntuaciones centiles para adultos y adolescentes. En cuanto a su fiabilidad ha demostrado unos datos de consistencia interna de 0.90-0.93 en la subescala Estado, 0.84-0.87 en la subescala Rasgo y una fiabilidad test-retest de 0.73-0.86 para la subescala Rasgo. En cuanto a su validez, muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Catell (0.73-0.85). Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de depresión de Beck es de 0.60. Requiere un tiempo de administración breve, aproximadamente 15 minutos. Esta escala se ha utilizado en varios estudios con población de mujeres embarazadas (p.ej, Da Costa, Larouche, Dritsa, y Brender, 2000).

A pesar de estar incluido en el protocolo de evaluación del programa, la escala de Ansiedad-Estado no se tuvo en cuenta en los análisis del estudio debido a un problema en la transcripción de los resultados del cuestionario a la Base de Datos online que imposibilitó su uso.

***Escala de Autoestima de Rosenberg*** (EAR; Rosenberg, 1965). Se trata de una escala autoadministrada para la exploración del nivel global de autoestima, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. En definitiva pretende evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Fue desarrollada originalmente por Rosenberg (1965). El instrumento se compone de 10 ítems, la mitad están enunciados de forma positiva y la otra mitad de forma negativa para controlar el efecto de aquiescencia. Es común su puntuación a través de una escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= totalmente en desacuerdo a 4= muy de acuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones



de los ítems enunciados negativamente (2, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40. A mayor puntuación se corresponde un mayor nivel de autoestima. Una puntuación de menos de 25 puntos corresponde a un nivel de autoestima bajo, lo cual puede ser indicativo de la existencia de problemas significativos de autoestima. Respecto a las propiedades psicométricas, La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87 y la fiabilidad es de 0.80.

Morejón, García-Bóveda y Jiménez (2004), estudiaron la fiabilidad y validez de la adaptación española de la escala. En cuanto a las propiedades psicométricas, los resultados respecto a su consistencia interna, mostraron una puntuación en el coeficiente *alfa* de Cronbach de 0.87. En cuanto a su fiabilidad test-retest, en un intervalo de dos meses se mostró una correlación importante y significativa con una  $r=0.72$ , sin diferencias de medias entre ambas aplicaciones. Del mismo modo, la fiabilidad para un intervalo de un año, la correlación obtenida resultó también sustancial y significativa, con una  $r=0.74$ , sin que existan diferencias de medias. En cuanto a la validez de constructo las puntuaciones en EAR muestran una correlación de signo negativo con la puntuación total en SCL-90R ( $r=-0.61$ ).

**Escalas de Afecto Positivo y Negativo** (Watson, Clark y Tellegen, 1988; Validada en población española por Sandín et al., 1999). El cuestionario PANAS está compuesto por dos grandes dimensiones diferenciadas del afecto que permiten valorar las experiencias emocionales positivas y negativas vividas recientemente. El instrumento consiste en 10 adjetivos para la escala de *afectividad positiva* (AP), y 10 adjetivos para medir *afectividad negativa* (AN). En su versión Rasgo, este instrumento evalúa la manera en que se experimentan ambos afectos habitualmente. En su versión Estado, evalúa en qué medida se experimentan ambos afectos en el momento mismo de la aplicación del cuestionario. En el presente estudio se ha utilizado la versión Rasgo. Los participantes han de valorar cada ítem en una escala de 1 a 5 (1= Nada o casi nada; 5=Muchísimo) indicando el grado en el que cada adjetivo describe mejor el estado de ánimo en el que se encuentran en este caso, habitualmente. Mayor puntuación en la escala de afectividad positiva indica un mayor nivel de afecto positivo y una mayor puntuación en la escala negativa indica mayor nivel de afecto negativo. La escala es de rápida administración y ofrece puntuaciones separadas para las dos subescalas. La media para la subescala de AP en una muestra normal es 31.31 ( $DT=7.7$ ) y para la subescala de AN 16 ( $DT=5.9$ ) (Krawford y Henry, 2004). La versión española ha demostrado alta

consistencia interna (0.89 para AP y 0.91 para AN en mujeres, y 0.87 para AP y 0.89 para AN en hombres) en estudiantes universitarios (Sandín, et al. 1999), lo que coincide con los resultados encontrados en la literatura (Watson et al., 1988). Las correlaciones test-retest para el afecto positivo indicaron una estabilidad de 0.68 y 0.71 para el negativo.

#### 10.4.2.2 Afrontamiento

***Inventario de Control de Ansiedad Revisado*** (ACQ-R; Brown, White, Farsyth y Barlow, 2004). Validación española de Osma, Barrada, García-Palacios, Navarro-Haro y Aguilar (2016). El cuestionario original es el *Anxiety Control Questionnaire* (ACQ; Rapee et al., 1996), compuesto por 30 ítems que evaluaban la percepción de control y se distribuían en dos subescalas: eventos (16 ítems) y reacciones (14 ítems). Posteriormente Brown et al. (2004) realizan una reevaluación psicométrica del ACQ original, creando el *Anxiety Control Questionnaire-Revised* (ACQ-R). Este cuestionario está formado por 15 ítems, que describen las creencias particulares relacionadas con la percepción de control sobre la ansiedad. La escala de respuesta es de 6 puntos (de 0=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo) y el total de las puntuaciones van de 0 a 75. Esta escala de 15 ítems está compuesta por tres dimensiones de orden inferior: control de la amenaza, control emocional y control del estrés y una dimensión más amplia de orden superior sobre percepción de control. El cuestionario ha demostrado una buena fiabilidad para la escala completa con un *alfa* de Cronbach de 0.80, y también para las tres subescalas, 0.73 para el control emocional y control de amenazas, y 0.71 para el control del estrés. La versión española de Osma et al. (2016), presenta propiedades psicométricas adecuadas con coeficiente *alfa* de Cronbach satisfactorios para todas las escalas, con todos los *alfa* igual o superiores a 0.75. Los resultados indicaron que la estructura de la versión ACQ-R en español consistió en dos factores: uno relacionado con el control percibido de las reacciones emocionales internas (Control Emocional) y otro relacionado con el control percibido de los eventos externos (Control de la amenaza y el estrés). Ambos factores específicos pueden agruparse en un factor general el Percepción de Control de Ansiedad General (General Anxiety Perception of Control, CFI= .973, TLI= .954, RMSEA= .039;  $p = .002$ ), que representaron el 70% de la varianza explicada común.

***Cuestionario de Afrontamiento del Estrés*** (CAE; Sandín y Charot, 2003). Se trata de una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva,

expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. En sus orígenes, la Escala de Estrategias de Coping (EEC) fue desarrollada por Sandín y Chorot (1987) con la finalidad de obtener una prueba psicométrica que evaluara un amplio espectro de formas de afrontamiento del estrés. Esta escala incluía 90 elementos que evaluaban 9 dimensiones de afrontamiento. Posteriormente se llevó a cabo una revisión de la EEC, cuyo resultado final fue la EEC Revisada (EEC-R), una escala de 54 elementos y 9 dimensiones básicas (Sandín, Valiente y Chorot, 1999). Con el propósito de llevar a cabo una exhaustiva revisión de la prueba, Sandín y Chorot (2003) realizaron un trabajo de validación del cuestionario, cuyo resultado final fue la obtención de un cuestionario más breve y consistente, el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín y Chorot, 2003). En los resultados de su estudio de validación preliminar, demostraron una clara estructura factorial de siete factores que representaban los siete estilos básicos de afrontamiento: Búsqueda de apoyo social (BAS), Expresión emocional abierta (EEA), Religión (RLG), Focalización en la solución del problema (FSP), Evitación (EVT), Autofocalización negativa (AFN), Reevaluación positiva (REP).

Esta es la versión utilizada en el presente estudio. Consta de 42 ítems referidos a los siete tipos de afrontamiento. Cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert de 5 puntos (0=Nunca a 4=Casi siempre). Una mayor puntuación indica mayor frecuencia en el empleo de un tipo de afrontamiento. Respecto a las propiedades psicométricas, las correlaciones entre los factores fueron bajas o moderadas. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 7 subescalas variaron entre 0.64 y 0.92. Un análisis factorial de segundo orden evidenció una estructura de dos factores, que representaban los estilos de afrontamiento, el Factor 1 o racional (donde saturaban alto estrategias de carácter positivo: BAS, FSP y REP) y el Factor 2 o focalizado en la emoción (donde saturaban alto estrategias de carácter negativo: EEA, AFN). Aunque inicialmente el cuestionario está dirigido a evaluar el afrontamiento como rasgo, los autores refieren que modificando las instrucciones, también puede emplearse para evaluar el afrontamiento ante situaciones o momentos específicos de estrés. Cabe añadir que en el estudio de Sandín y Chorot (2003) se observó que las mujeres referían usar más las estrategias de afrontamiento que los varones.

**Cuestionario de Regulación Emocional** (ERQ; Gross y John, 2003). Este instrumento fue desarrollado por Gross y John en 2003 con la finalidad de evaluar las principales estrategias de regulación emocional. El ERQ cuenta con 10 ítems, seis de los cuales corresponden a la escala de reevaluación cognitiva mientras que los otros cuatro corresponden a la escala de supresión. El cuestionario evalúa el grado de acuerdo o

desacuerdo, con las estrategias planteadas para manejar las experiencias emocionales, en una escala tipo Likert de 7 puntos (1= totalmente de acuerdo a 7= totalmente en desacuerdo). El primer estudio de validación de la escala fue realizado por Gross y John (2003). Con relación a la validez convergente y divergente de la prueba, la escala de reevaluación cognitiva obtuvo correlaciones positivas ( $r = 0.42, p < .05$ ) con la escala del afecto positivo de la PANAS de Watson, Clark, y Tellegen, (1988) y con las escalas Extraversión ( $r = 0.11, p < .05$ ), Apertura ( $r = 0.15, p < .05$ ), Agradabilidad ( $r = 0.14, p < .05$ ) y Conciencia ( $r = 0.13, p < .05$ ) del cuestionario de cinco factores de personalidad (Big Five; John y Srivastava, 1999). Además esta escala de la ERQ obtuvo correlaciones negativas ( $p < .05$ ) con la escala de afecto negativo del PANAS ( $r = -0.51$ ) y Neuroticismo del Big Five ( $r = -0.20$ ). Por otro lado, la escala de supresión obtuvo una correlación positiva con la escala de afecto negativo del PANAS ( $r = 0.39, p < .05$ ) y no significativa con Neuroticismo ( $r = 0.03$ ). Sin embargo, la escala de supresión sí alcanzó correlaciones significativas con las escalas de Extraversión ( $r = -0.41, p < .05$ ), Apertura ( $r = -0.18, p < .05$ ), Agradabilidad ( $r = -0.11, p < .05$ ) y Conciencia ( $r = -0.14, p < .05$ ) del Big Five. Respecto a su consistencia interna, los índices del *alfa* de Cronbach de la escala de reevaluación cognitiva de la ERQ, alcanzaron valores desde 0.75 a 0.82, y en la escala de supresión, los índices alcanzaron valores desde 0.68 a 0.76. Este instrumento ha sido traducido al español como Cuestionario de Autoregulación Emocional (Rodríguez-Carvajal, Moreno Jiménez y Garrosa, 2006). Además de al español, el ERQ ha sido traducido en diversos idiomas como el Francés, Italiano, Griego, Alemán, Turco, Portugués, Finlandés, Noruego e incluso Coreano, entre otros (Standford Psychophysiology Laboratory, 2010) y su validez y fiabilidad han sido estudiadas en diversos países (Balzarotti, Oliver y Gross, 2010; Dong y Guoliang, 2009; Gross y Jhon, 2003).

La variable sobre regulación emocional evaluada mediante el ERQ no se incluyó en los análisis del estudio a causa de un problema en la transcripción de los resultados del cuestionario a la Base de Datos online que impidió su uso.

#### **10.4.2.3 Eventos adversos**

***Escala Acontecimientos Vitales Estresantes*** (EAVE; Holmes y Rahe, 1967). Inicialmente, los autores desarrollaron en 1967 la escala conocida como *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS). La SRRS está formada por una lista de 43 ítems sobre eventos vitales que, con base a su experiencia clínica, Holmes y Rahe identificaron como acontecimientos

estresantes que preceden una enfermedad y que requieren de un reajuste por parte de las personas. Desde la descripción original de la SRRS de Holmes y Rahe (1967), se han elaborado escalas similares para estudios específicos. Por ejemplo el Cuestionario de Cambios de Vida Recientes (CVSV) cuyo nombre original es *Recent Life Changes Questionnaire* (RLCQ) de los autores Holmes y Rahe (1967). Respecto a sus propiedades psicométricas la fiabilidad test-retest (con un intervalo de 3 semanas) es de 0.85. Respecto a su validez se encuentran correlaciones significativas entre el RLCQ y problemas de salud física y mental. Existen correlaciones altas entre el RLCQ y otras medidas objetivas de sucesos vitales pero se encuentran correlaciones muy bajas con medidas subjetivas de estrés. La adaptación española de la EAVE (de Rivera y Morera, 1983) está compuesta por 61 acontecimientos vitales. Se pretende valorar la posible exposición a estos eventos estresantes a los que se haya podido ver sometido el sujeto en el último año. En el presente estudio se utiliza la versión de ésta de 43 ítems (Holmes y Rahe, 1983). A cada uno de los 43 ítems le corresponde una puntuación determinada, dependiendo de su nivel de gravedad. El sujeto debe seleccionar todos aquellos que ha vivido. La puntuación se obtiene sumando al final el total de la puntuación de cada acontecimiento. Si el resultado es menor a 150, se considera mínimo riesgo de enfermarse a causa de estrés, la puntuación de 151 a 299 es riesgo moderado, y si es superior a 300, se puede considerar que existe un riesgo elevado de aparición de alteraciones o trastornos. La versión utilizada en nuestro estudio, incluye una escala para la evaluación del nivel de ansiedad que produjeron los acontecimientos vividos en una escala 0-10 (0=ninguna ansiedad a 10=máxima ansiedad). Los resultados en esta escala no se utilizaron en los análisis posteriores.

#### 10.4.2.4 Estado de ánimo

***Edinburgh Postnatal Depression Scale*** (EPDS; Cox, Holden, y Sagovsky, 1987). Versión española validada al español por García-Esteve, Ascaso, Ojuel, y Navarro, (2003). Es una de las herramientas más utilizadas para la detección de los síntomas psiquiátricos en el posparto. La EPDS es un instrumento de 10 ítems que evalúa la autopercepción respecto a la sintomatología depresiva experimentada durante los últimos siete días. La EPDS excluye deliberadamente algunos síntomas somáticos (cambios en los patrones del apetito y de sueño) puesto que en ausencia de un trastorno mental, son comunes a las mujeres en el periodo perinatal. En el estudio del trabajo original de Cox et al. (1987) se acepta una puntuación de 13 como punto de corte a partir del cual se considera un

resultado positivo, es decir, la existencia de sintomatología clínicamente significativa. En una revisión reciente sobre la efectividad de este instrumento, se encontró que el rango de la sensibilidad y especificidad de la EPDS oscilan entre el 80-90% en los puntos de corte más utilizados (Myers, Aubuchon-Endsley, Bastian, et al., 2013), no obstante, debemos tener en cuenta que existían discrepancias respecto al punto de corte, las características de la población y el escenario o contexto de aplicación, entre los estudios.

Estudios como Matthey (2009) o la revisión sistemática de Gibson et al. (2009), determinan que el valor predictivo positivo, es decir, que la probabilidad de que un resultado positivo en la EPDS sea correcto, se estima entre el 50-60% para la versión inglesa del instrumento y en la población de mujeres del posparto. No obstante estudios recientes refieren el uso de la EPDS en periodos temporales más amplios. En un meta-análisis de siete estudios, la EPDS mostró un valor predictivo positivo del 62% en la población de mujeres en periodo perinatal (Milgrom et al., 2011b). Los autores del meta-análisis concluyeron que la EPDS era una herramienta de detección eficaz para la depresión perinatal. Aunque la escala fue originalmente diseñada para la detección de la depresión posparto, posteriormente también se ha validado para el screening de los síntomas depresivos durante el periodo prenatal (Bergink et al., 2011). Según su estudio, Bergink et al. (2011) recomienda el uso de diferentes puntuaciones de corte en cada trimestre de embarazo, además los autores insisten que se debe hacer hincapié en la detección a todas las mujeres embarazadas durante cada trimestre (Bergink et al., 2011).

Además de la identificación de una posible depresión, la EPDS muestra diferentes aplicaciones, una de las subescalas de la EPDS que consta de tres ítems (ítems relacionados con el sentimiento de culpa, ansiedad o preocupaciones excesivas y el sentimiento de miedo o pánico sin motivo) se identificó para ser utilizado en la detección de la ansiedad prenatal (Brouwers, van Baar y Pop, 2001; Ross et al., 2003; Tuohy y McVey, 2008). La puntuación en esta subescala de ansiedad oscila entre 0 y 9, se determinó un punto de corte de 6 o más como indicativo de ansiedad, lo cual se traduciría en la necesidad de realizar una evaluación más extensa sobre la ansiedad (Matthey et al., 2003). La consistencia interna de la subescala muestra valores que varían de 0.60 (Brouwers et al., 2001) a 0.80. Del mismo modo, cabe añadir que la EPDS contiene un ítem, concretamente el décimo y último, que evalúa los pensamientos de autolesión y la ideación suicida. Lo que va a permitir que cualquier puntuación superior a cero en este ítem, sea detectada y se pueda realizar una evaluación más exhaustiva.

La versión española validada de la EPDS de García-Esteve et al. (2003) consta, al igual que la versión original de 10 ítems. Cada ítem se califica mediante la elección de una de las cuatro afirmaciones múltiples que se ofrecen y que evalúan la frecuencia con la que se ha sentido la mujer respecto a la última semana. Los ítems 1, 2 y 4 se valoran en una escala de 4 puntos de 0 a 3 y los ítems 3, 5-10 se valoran a la inversa de 3 a 0. La puntuación total se obtiene con la suma de las puntuación de cada uno de los 10 ítems. A mayor puntuación mayor presencia de sintomatología depresiva. La puntuación total máxima es de 30 puntos. El tiempo de administración es aproximadamente de 15 minutos. El punto de corte para la detección de sintomatología depresiva en la validación española de la EPDS fue 10/11 para la depresión mayor y menor combinado, la sensibilidad fue del 79%, y la especificidad fue del 95.5%, con un valor predictivo positivo del 63.2% y un valor predictivo negativo de 97.7 %.

La EPDS es uno de los instrumentos validados propuestos por la ACOG para el screening de la depresión perinatal (ACOG, 2015).

***Inventario de depresión de Beck segunda edición (BDI-II;*** Beck, Steer y Brown, 1996. Validada en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Se trata de un instrumento formado por 21 grupos de afirmaciones que evalúan síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. Cada grupo presenta 4 alternativas de respuesta ordenadas en función de su intensidad creciente. El participante debe responder de acuerdo con la afirmación que mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas. Se puntúa en una escala de 0 a 3 en función de la alternativa escogida y, tras sumar la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 que cuantifica la presencia y gravedad de los síntomas. Mayor puntuación indica mayor severidad de los síntomas depresivos. En ocasiones el sujeto evaluado elige más de una alternativa de respuesta, en este caso se elige la puntuación que indique mayor gravedad. Por otra parte, el ítem “pérdida de peso” (ítem 19) solo se valora si la persona evaluada indica que no está siguiendo una dieta de adelgazamiento. Respecto a la valoración de las puntuaciones se ha acordado que, las puntuaciones de 0 a 13 denotan depresión mínima, las puntuaciones de 14 a 19 denotan depresión leve, las puntuaciones de 20 a 28 denotan depresión moderada y de 29 a 63 denotan una depresión severa (Segal, Coolidge, Cahill y O’ Riley, 2008). Presenta una adecuada consistencia interna (*alfa* de Cronbach de 0.76-0.95) y una fiabilidad test-retest de alrededor de 0.8 (Beck, Steer y Brown, 1996). La versión española de este instrumento también ha mostrado una consistencia interna elevada (*alfa* de Cronbach

de 0.87) para la población general (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) y para la población clínica (*alfa* de Cronbach de 0.89) (Sanz, García Vera, Espinosa, Fortin y Vázquez, 2005). El BDI-II es uno de los instrumentos validados propuestos por la ACOG para el screening de la depresión perinatal (ACOG, 2015).

#### **10.4.2.5 Ajuste**

**Escala de Inadaptación** (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Esta escala evalúa en qué medida los problemas psicológicos pueden afectar a diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, vida familiar y relación de pareja). Este instrumento está formado por 5 ítems que hacen referencia a los cinco ámbitos de la vida diaria comentados y además cuenta con un sexto ítem de carácter global, que refleja el grado de inadaptación general. Cada ítem se valora en una escala tipo Likert de 6 puntos (0= Nada a 5= Muy grave). Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el grado de inadaptación. Respecto a los datos psicométricos, esta escala cuenta con unos valores de fiabilidad adecuados, el coeficiente *alfa* de Cronbach es de 0.94. En cuanto a la validez de contenido, en este caso los autores procedieron a analizar el grado en el que los seis ítems reflejan las principales áreas de la vida cotidiana que pueden verse afectadas en las personas que sufren cualquier cuadro clínico. Por su concordancia con los criterios propuestos por el DSM-IV (APA, 1994) que afirma que ante la categorización de un trastorno mental o de personalidad, existen repercusiones importantes en la vida de las personas (trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, vida familiar y relación de pareja) los autores sugieren que la validez de contenido puede considerarse satisfactoria. En cuanto a la validez convergente, al no disponer de otras medidas de inadaptación, los autores establecieron correlaciones entre las puntuaciones en la EI y varios instrumentos que evalúan la gravedad de cada cuadro clínico implicado en su estudio (estrés, juego patológico, agresión sexual), de este modo determinaron que la escala presenta una buena validez convergente. Respecto a la validez discriminante, Echeburúa et al. (2000) determinan que, la escala en su conjunto y cada ítem permite diferenciar significativamente entre los sujetos normales y los afectados por un problema psicológico.

**Índice de Calidad de Vida** (QL-I; Mezzich et al., 2000). El QL-I es un autoinforme que consta de 10 ítems (9 específicos y uno global) que facilitan rastrear una serie de dimensiones de la vida de una persona. Estas áreas o dimensiones son: bienestar físico,



emocional, autocuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo social y comunitario, plenitud personal y espiritual. La escala se puntúa mediante una escala tipo Likert de 10 puntos (1=Malo a 10= Excelente). Una mayor puntuación refleja mayor percepción de calidad de vida en cada una de las áreas y en el índice global. Esta herramienta va a permitir obtener una puntuación media sobre la propia opinión de la persona respecto su calidad de vida. Además puede ser utilizada tanto para población clínica como no clínica y permite evaluar aspectos relacionados no solo con la enfermedad sino con la salud. Respecto a sus características psicométricas, el QL-I presenta índices de aplicabilidad, fiabilidad y validez adecuados, además es un instrumento breve y fácil de utilizar. En la versión española, el coeficiente de correlación de confiabilidad test-retest de la puntuación media del QL-I fue de 0.89 (Mezzich et al., 2000). En estudios con población española la validez discriminante del QL-I ha sido demostrada a través de las notables diferencias significativas obtenidas entre las medias de dos muestras representativas de distintos niveles de calidad de vida. Los autores sugieren una media de calidad de vida de 5.63 en una muestra clínica y 6.98 ( $DT= 1.11$ ) en una muestra no clínica (Lorente, Ibañez, Moro y Ruipérez, 2002).

#### **10.4.2.6 Funcionamiento Social**

**La Escala de Ajuste Marital** (EAM; Locke y Wallace, 1959 adaptada por Carrobles, 1996). La EAM es un instrumento de 15 ítems diseñado para evaluar el nivel de satisfacción y la adaptación de los esposos y esposas entre sí. Es una escala con ítems claros que reflejan conductas que toda pareja suele compartir en su relación. Las diferentes variables que contiene la EAM de Locke-Wallace (1959) hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la convivencia familiar. El primer ítem hace referencia al grado de satisfacción matrimonial, la persona debe valorar este concepto de modo general en una escala que representa el grado de felicidad (de “muy feliz” con una puntuación de 0 a “completamente infeliz” con una puntuación de 35). Los siguientes ocho ítems hacen referencia a la administración de finanzas; esparcimiento o distracción; demostraciones de afecto; amigos; relaciones sexuales; convencionalismos (modos y maneras correctos y apropiados); filosofía de la vida y modo de tratar a los parientes y familiares. Para la valoración de estos ítems cada persona tiene varias opciones de respuesta que van desde un máximo de ajuste hasta un mínimo ajuste (de “siempre de acuerdo” a “siempre en desacuerdo”). Por último, los seis ítems restantes hacen referencia a la forma de resolver los desacuerdos; disfrute de la pareja de intereses o actividades

comunes fuera de las profesionales; preferencia de la pareja entre salir en el tiempo de ocio o quedarse en casa; frecuencia con que aparece la idea de que ojala no se hubiera casado; frecuencia con la que la mujer piensa que volvería a casarse con la misma persona y sobre la confianza entre la pareja. Estos últimos ítems se valoran eligiendo entre múltiples respuestas (3 o 4) propuestas para cada uno. La puntuación total es la suma de todos los ítems. La suma de puntuaciones de los 15 ítems, van de 0 (mínimo nivel de ajuste en la pareja) hasta 158 (máximo nivel de ajuste en la pareja). Las puntuaciones más altas indican un mejor ajuste marital. La puntuación total se puede clasificar en tres categorías: parejas bien adaptadas, adaptadas, y las parejas con dificultades (insatisfechas). En cuanto a los datos psicométricos, la confiabilidad y la validez del estudio realizado por Locke y Wallace, el coeficiente de confiabilidad del test fue de 0.90 y en cuanto a la validez diferenció claramente entre aquellas personas bien y mal ajustadas a sus parejas (Locke-Wallace, 1959). Los análisis de factores demuestran que el EAM de Locke y Wallace (1959) mide un factor primario (ajuste) y un segundo factor bastante más pequeño (deseabilidad social) (Cross y Sharpley, 1981).

***Escala multidimensional de apoyo social percibido*** (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988). Esta escala fue desarrollada como un autoinforme breve de evaluación subjetiva del apoyo social. Está formada por 12 ítems que se valoran en una escala tipo Likert de 7 puntos (1=totalmente de acuerdo a 7=totalmente en desacuerdo). Los 12 ítems de la escala fueron diseñados para medir adecuadamente la percepción del apoyo en tres esferas: la familia (ítems 3, 4, 8 y 11), los amigos (ítems 6, 7, 9 y 12) y otras personas significativas (ítems 1, 2, 5 y 10). En el estudio original se llevó a cabo un análisis factorial de los componentes principales, confirmándose la estructura de las subescalas propuestas. Además, el coeficiente *alfa* para las subescalas y la escala en general presenta un valor alto en un rango entre 0.85 y 0.91, lo cual indica una buena fiabilidad interna. De modo similar, los resultados en el test-retest informaron de un rango entre 0.72 y 0.85, indicando una buena estabilidad. En cuanto a la validez de constructo, se demostró que la MSPSS correlaciona significativamente con la subescala de depresión y ansiedad de la Hopkins Symptom Checklist (HSCL; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi, 1974). En el estudio de Zimet, Powell, Farley, Werkman y Berkoff (1990) se obtuvo unos valores de fiabilidad interna muy adecuados, con un coeficiente *alfa* de Cronbach para la subescala Familia de 0.81 hasta 0.90; para la subescala Amigos de 0.90 a 0.94; para la subescala Otras personas significativas, de 0.83 a 0.98 y para la escala general un valor entre 0.84 y 0.92. Los resultados de este estudio

indican que la MSPSS es un instrumento con propiedades psicométricas válidas para diferentes grupos de sujetos. Su buena fiabilidad interna ha sido demostrada tanto en las mujeres embarazadas, como en otros grupos de población específicos (Zimet et al., 1990). La estructura factorial propuesta y probada en el ensayo original fue confirmada de nuevo para población de mujeres en el posparto (Zimet et al., 1990). La adaptación y validación española se llevó a cabo por Landeta y Calvete (2002) y presenta buenas propiedades psicométricas. En nuestro estudio se utiliza la versión de (Zimet, Dahlem y Farley, 1988; Traducción por J. Sanz) muy similar a la original, con 12 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert de 7 puntos (1=muy en desacuerdo a 7=muy de acuerdo). Puntuaciones elevadas indican mayor percepción de apoyo recibido en cada una de las escalas y en la puntuación total.

Del Anexo 3 al Anexo 10 se muestran los instrumentos de evaluación utilizados en el programa online MMF para la evaluación en el periodo prenatal.

### **10.5 Diseño del estudio**

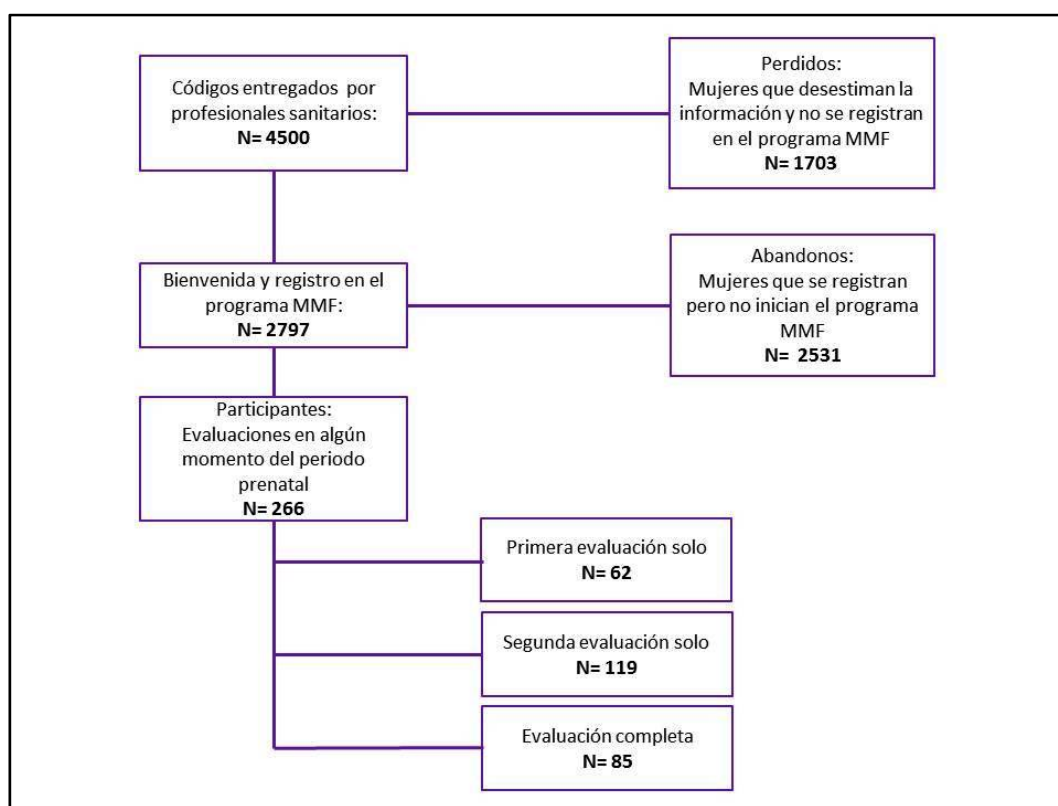
En el presente estudio se ha utilizado un diseño observacional. Aunque se presentan algunos datos longitudinales, la mayoría de los objetivos del estudio se evaluaron de forma transversal.

Para la obtención de los datos sujetos al análisis en el presente estudio se utilizó la aplicación MMF accesible a través de internet que anteriormente hemos explicado.

Como ya hemos comentado en líneas anteriores, la aplicación original de evaluación MMF incluye 5 momentos de evaluación. El desarrollo del presente trabajo se limita a la etapa prenatal como periodo de estudio, por lo tanto nuestra población de estudio se limita a todas las mujeres que realizan la evaluación en este periodo (N=266). No obstante, puesto que contamos con un grupo de mujeres que completaron ambas periodos de evaluación prenatal, se incluyen resultados de carácter longitudinal para esta submuestra de participantes (N=85).

En la Figura 15 se describe el diagrama de flujo de las participantes en el estudio.

No se recogen los motivos de abandono de las participantes por tratarse de un programa de evaluación totalmente auto-aplicado.



**Figura 15- Diagrama de flujo de participantes**

## **10.6 Descripción de los análisis estadísticos**

El análisis de los datos del estudio han sido realizados mediante el programa SPSS versión 22.0 con el objetivo de dar respuesta a cada una de las hipótesis planteadas.

### **10.6.1 Estadísticos descriptivos de las variables obstétricas, antecedentes médicos, hábitos de salud, área social y psicopatológicas**

Para las variables categóricas, se realizó el cálculo de las frecuencias y los porcentajes. Para las variables cuantitativas se analizaron las medias, desviaciones típicas y el rango de puntuaciones. Además, cuando fue posible (disponibilidad de los baremos de mujeres españolas) se comparó la media obtenida en las medidas de personalidad, afrontamiento, eventos adversos, estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social con los datos normativos. Para ello se utilizó el estadístico *t* de Student para muestras independientes (los cálculos se realizaron mediante la herramienta online que se ofrece en <https://www.graphpad.com/quickcalcs>) y la *d* de Cohen para el tamaño del efecto (calculada utilizando la web: <http://www.socscistatistics.com/effectsize/Default3.aspx>).

En este y los sucesivos análisis del presente estudio, para evitar cometer errores tipo I, se utilizó la corrección de Bonferroni para el nivel de significación ( $\alpha=.05/66=.0007$ ). Por lo tanto, se estableció un nivel de alfa igual a .001 en todos los análisis. Además de exponer los resultados usando el nivel de significación  $p<.001$ , también se comentarán los resultados obtenidos con una significación  $p<.01$ .

### **10.6.2 Diferencias en las variables de estudio entre las mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos**

Para estudiar las posibles diferencias entre las mujeres con y sin sintomatología depresiva en nuestra población se utilizó como variable de referencia la escala EPDS. El punto de corte para determinar que existen síntomas depresivos fue  $EPDS \geq 11$ , siguiendo las directrices del estudio de validación al español de esta escala (García-Esteve et al., 2003). Se creó una escala nominal *ad hoc* con 2 valores ( $0=EPDS < 11$ ,  $1=EPDS \geq 11$ ). De este modo quedó dividida la población en dos grupos: mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos. Con el objetivo de estudiar las posibles

diferencias entre ambos grupos, se utilizó prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas y el estadístico *t* de Student para muestras independientes para las variables cuantitativas. De nuevo, a la hora de interpretar la significación de los valores estadísticos obtenidos se utilizó la corrección de Bonferroni ( $p<.001$ ).

En este y los sucesivos análisis del estudio, algunas variables registradas en el programa de evaluación, fueron descartadas para los cálculos por la baja frecuencia en algunas opciones de respuesta (ver Tabla 17, Tabla 20, Tabla 21, Tabla 23). Las variables descartadas para los análisis posteriores fueron: *embarazo gemelar, embarazo deseado, tipo de enfermedad médica actual, antecedentes familiares de trastornos psicopatológicos, uso de psicofármacos (hipnóticos), consumo de drogas durante el embarazo, cantidades de consumo habitual de tabaco, alcohol y droga y tener pareja actual*. Por lo tanto, estas variables aparecen en los estadísticos descriptivos pero no en el resto de los análisis.

### **10.6.3 Correlaciones entre las variables independientes del estudio y las variables dependientes de estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social**

Con la finalidad de estudiar la relación entre las variables independientes (sociodemográficas, obstétricas, antecedentes médicos, hábitos de salud, área social, personalidad, afrontamiento y eventos adversos) con las variables dependientes (estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social) se calcularon correlaciones de Pearson.

Para la interpretación de la significación en las correlaciones se utilizó la corrección de Bonferroni ( $p<.001$ )

### **10.6.4 Factores asociados con la salud mental en el periodo prenatal de la mujer: análisis multivariante**

Utilizamos regresiones lineales multivariadas para explorar que factores se asociaban con la salud mental de las mujeres embarazadas. Se utilizaron como variables predictoras aquellas que correlacionaban de forma significativa en el análisis bivariado. Para evitar cometer errores de tipo II, utilizamos aquí un valor de alfa menos estricto ( $\alpha=.01$ ) para seleccionar las variables a incluir en la regresión. Para determinar cuáles se quedaban en el modelo final si utilizamos un  $\alpha=.001$ .

El método de regresión elegido fue “hacia atrás”, el cual implica introducir en primer lugar todas las variables candidatas, es decir, aquellas que habían demostrado correlación. El programa estadístico comprueba su significación una a una, eliminando aquellas variables que no son significativas, hasta conseguir un modelo con el mínimo número de variables estadísticamente significativo que expliquen una proporción adecuada de la varianza de cada variable dependiente.

La elección de la técnica de regresión se justifica por tratarse de un estudio exploratorio, con una gran cantidad de variables y por la falta de un modelo teórico lo suficientemente robusto, que permita tener una idea a priori sobre qué variables predictoras incluir en el modelo de regresión.

Para disminuir el número de variables dependientes e independientes, la cantidad de análisis de regresión y disminuir así la probabilidad de cometer errores tipo I, se decidió incluir, para la variable independiente de afrontamiento sobre el control de ansiedad, solo la escala total de la ACQ-R (escala total en control de la ansiedad) y para la variable dependiente de apoyo social percibido, solo la escala global de la MSPSS y así conseguir reducir el número de variables en los análisis.

#### **10.6.5 Evolución de las variables psicopatológicas de las mujeres a lo largo del periodo prenatal**

Se utilizaron dos procedimientos distintos para estudiar la evolución de las variables psicopatológicas de las mujeres. En primer lugar, para evaluar el cambio en las puntuaciones medias grupales se utilizó el estadístico *t* de Student para muestras relacionadas. Además, se realizaron correlaciones de Pearson para explorar cambios en el orden de las participantes en cada una de las variables psicopatológicas del estudio. Al igual que en los cálculos anteriores, para la valoración de la significación se utilizó la corrección de Bonferroni ( $p < .001$ ).

#### **10.6.6 Evolución en la sintomatología depresiva de las mujeres a lo largo del periodo prenatal**

En el análisis de la evolución en la sintomatología depresiva se tuvieron en cuenta las puntuaciones en la escala EPDS del primer y segundo periodo de evaluación prenatal de aquellas mujeres que completaron las dos evaluaciones (N=85). Para ello

creamos una escala nominal *ad hoc* con 4 valores (0=no tenía síntomas depresivos y continúa sin síntomas, 1= pasan a tener síntomas depresivos, 2= dejan de tener síntomas depresivos, 3= tenía síntomas depresivos y continua con síntomas). El uso del punto de corte de 11 para determinar la sintomatología depresiva se basa en los resultados del estudio de validación del instrumento EPDS al castellano de García-Esteve et al. (2003). Para asegurar que los cambios producidos fueran relevantes decidimos que el cambio existía cuando la puntuación en la EPDS en la segunda evaluación fuese  $\pm 1$  Desviación Típica (*DT*) respecto a la media de la primera evaluación, siendo la *DT* de la media grupal de la EPDS en la primera evaluación igual a 2.3 (N=74 mujeres con respuesta en EPDS en primera y segunda evaluación) y la nueva puntuación cruzara el punto de corte de EPDS igual a 11. Por ejemplo, si en la primera evaluación una mujer puntuaba EPDS= 10 y en la segunda evaluación presenta EPDS=11 no se consideraría el cambio, la mujer seguiría valorada sin síntomas depresivos.



## 11 Resultados

Con la intención de organizar en las siguientes líneas la exposición de los resultados, las variables analizadas han sido agrupadas en categorías:

- Variables independientes:
  - Variables sociodemográficas
  - Variables obstétricas
  - Antecedentes médicos
  - Hábitos de salud
  - Área social
  - Personalidad
  - Afrontamiento
  - Eventos adversos
- Variables dependientes:
  - Estado de ánimo
  - Ajuste
  - Funcionamiento social

A continuación se presentan los resultados obtenidos relacionados con los diferentes objetivos del presente estudio.

### 11.1 Estadísticos descriptivos

#### 11.1.1 Variables obstétricas

Como parte de la entrevista de evaluación dispuesta en el programa online MMF, además de las características sociodemográficas y obstétricas que ya han sido explicadas en el punto de descripción de la muestra, se preguntó a las mujeres por algunos aspectos relacionados con las conductas maternas como, la asistencia o intención de asistir a los talleres de educación materno-infantil y de preparación al parto y también sus preferencia por el tipo de lactancia. La mayoría de las mujeres (92.1%) manifestaron que si acudían o tenían intención de acudir a los talleres educativos. Del mismo modo, respecto al tipo de lactancia deseada, las mujeres mostraron preferencia en un 83.1% por la lactancia natural. En la Tabla 18 podemos ver los resultados.

**Tabla 18- Estadísticos descriptivos de las variables obstétricas relacionadas con la conducta materna (N=266)**

Variables obstétricas	Total
<b>Educación materno-infantil y preparación al parto</b>	
Sí	245 (92.1%)
No	21 (7.9%)
<b>Tipo de lactancia deseada</b>	
Natural	221 (83.1%)
Otros	45 (16.9%)
Artificial/Mixta	22 (8.3%)
Sin decidir	23 (8.6%)

En cuanto a la evaluación sobre los sentimientos de ambivalencia que podían experimentar las mujeres durante el embarazo, más de la mitad de las mujeres (57.9%) referían haber tenido sentimientos de ambivalencia en ocasiones, mientras que el 14.3% lo hacía a menudo. Los resultados pueden verse en la Tabla 19.

**Tabla 19- Estadísticos descriptivos sobre la ambivalencia afectiva respecto al embarazo (N=266)**

Variable	Total
<b>Ambivalencia afectiva</b>	
Nunca	74 (27.8%)
En ocasiones	154 (57.9%)
A menudo	38 (14.3%)

### 11.1.2 Antecedentes médicos

Por lo que se refiere a los antecedentes médicos, el 15% de las mujeres presentaba alguna enfermedad médica, siendo las enfermedades relacionadas con el sistema endocrino el tipo de enfermedad más común. Respecto a los antecedentes psicopatológicos familiares, solo 2 de las mujeres del estudio referían problemas psicopatológicos en la familia.

Por otra parte, el 29.3% de las mujeres del estudio habían recibido tratamiento psicológico en algún momento de su vida, siendo la ansiedad el motivo principal en la mitad de estas mujeres.

En cuanto a los antecedentes respecto a la toma de fármacos, de todas las mujeres del estudio el 12.4% había tomado fármacos prescritos por un especialista en psiquiatría; el 28.2% de las mujeres habían tomado tratamiento farmacológico pautado por el médico de cabecera y el 8.3% de las mujeres referían haber tomado tratamiento sin prescripción médica. En cuanto a la toma de psicofármacos, el 18% de las participantes habían tomado ansiolíticos, el 14.7% habían tomado antidepresivos y solo

el 1.9% había tomado hipnóticos Los resultados comentados pueden verse en la Tabla 20 y la Tabla 21.

**Tabla 20- Descriptivos de las variables sobre antecedentes médicos (N=266)**

Antecedentes médicos	Total
<b>Enfermedad médica actual</b>	
Sí	40 (15.0%)
Sistema Endocrino	17 (6.4%)
Sistema Inmunitario y relacionadas con la sangre	4 (1.5%)
Sistema Nervioso Central y órganos sensoriales	2 (0.8%)
Sistema Circulatorio	3 (1.1%)
Sistema Respiratorio	2 (0.8%)
Sistema Digestivo	3 (1.1%)
Piel	3 (1.1%)
Aparato Locomotor	3 (1.1%)
Sistema Genitourinario	2 (0.8%)
Mixto (más de un sistema afectado)	1 (0.4%)
No	226 (85%)
<b>Antecedentes familiares de trastornos psicopatológicos</b>	
Sí	2 (0.8%)
No	264 (99.2%)
<b>Tratamiento psicológico previo</b>	
Sí	78 (29.3%)
Motivo por depresión	32 (12.0%)
Motivo por ansiedad	39 (14.7%)
Otros	7 (2.6%)
No	188 (70.7%)
<b>Tratamiento farmacológico previo pautado por psiquiatra</b>	
Sí	33 (12.4%)
No	233 (87.6%)
<b>Tratamiento farmacológico previo pautado por médico de cabecera</b>	
Sí	75 (28.2%)
No	191 (71.8%)
<b>Autotrataamiento farmacológico previo</b>	
Sí	22 (8.3%)
No	244 (91.7%)

**Tabla 21- Consumo de psicofármacos en las mujeres en algún periodo de su vida (N=266)**

Variable	Total
<b>Uso Psicofármaco</b>	
<b>Ansiolíticos</b>	
Sí	48 (18.0%)
No	218 (82.0%)
<b>Hipnóticos</b>	
Sí	5 (1.9%)
No	261 (98.1%)
<b>Antidepresivos</b>	
Sí	39 (14.7%)
No	227 (85.3%)

### 11.1.3 Hábitos de salud

En cuanto a los hábitos relacionados con la salud, el programa de evaluación incluye preguntas en su entrevista sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales antes y durante el embarazo. Respecto al consumo de tabaco que presentaban las mujeres del estudio antes de quedar embarazadas, el 33.1% refería un consumo de tabaco habitual, más de la mitad de estas mujeres fumaba más de 10 cigarrillos a la semana. Respecto al consumo de alcohol, el 56.1% de las mujeres refería consumir antes del embarazo, casi todas ellas con una frecuencia de entre 0 y 5 veces por semana. Por lo que se refiere al consumo de drogas antes del embarazo, el 12% de las mujeres confirmó su consumo, siendo el tipo de droga más consumida el cannabis.

Respecto a los hábitos de salud de las mujeres durante su embarazo, el 10.2% refería consumo de tabaco, la mayoría de estas mujeres, lo hacía con una frecuencia de entre 0 y 5 cigarrillos a la semana. En cuanto al consumo de alcohol, el 96.6% de las mujeres no refería consumir durante el embarazo, del 3.4% restante que si refería consumir lo hacían todas con una frecuencia de entre 0 y 5 veces por semana. Por lo que se refiere al consumo de drogas durante el embarazo, del total de mujeres solo 3 referían consumir algún tipo de droga. Los resultados pueden verse en la Tabla 22.

**Tabla 22- Descriptivos de las variables relacionadas con hábitos de salud antes y durante del embarazo.**

Variable	Antes del embarazo		Durante el embarazo	
	N	Total	N	Total
<b>Tabaco</b>	<b>266</b>		<b>266</b>	
Sí		88 (33.1%)		27 (10.2%)
0-5 cig/semana		14 (5.3%)		12 (4.5%)
6-10 cig/semana		20 (7.5%)		6 (2.3%)
Más de 10 cig/semana		54 (20.3%)		9 (3.4%)
No		178 (66.9%)		239 (89.8%)
<b>Alcohol</b>	<b>262</b>		<b>266</b>	
Sí		147 (56.1%)		9 (3.4%)
0-5 veces/semana		143 (54.6%)		9 (3.4%)
Más de 6 veces/ semana		4 (1.5%)		0
No		115 (43.9%)		257(96.6%)
<b>Drogas</b>	<b>266</b>		<b>266</b>	
Sí		32 (12.0%)		3 (1.1%)
Cannabis		11 (4.1%)		1 (0.4%)
Cocaína		1 (0.4%)		0
Tranquilizantes		9 (3.4%)		0
Hipnóticos		5 (1.9%)		1 (0.4%)
Consumo combinado		6 (2.3%)		1 (0.4%)
No		234 (88.0 %)		263(98.9%)

Nota. Cig= cigarrillos.

### 11.1.4 Área social

Respecto a las variables sobre el área social, el programa de evaluación incluye preguntas en su entrevista sobre el contexto familiar y social. Por una parte, se valora si la mujer tiene pareja íntima en el momento de la evaluación, por otra parte, se evalúa la cantidad de apoyo y ayuda recibido por familiares y amigos y además, se evalúa la calidad de sus relaciones sociales.

Por lo que se refiere a la pareja íntima de las 266 participantes el 99.6% refería tener pareja en el momento de la evaluación, sin embargo, como ya hemos explicado solo el 77.8% refería convivir con su pareja.

En cuanto a la calidad de las relaciones familiares y sociales y las variables sobre el apoyo y ayuda, creamos dos escalas *ad hoc* para evaluar por un lado, la calidad percibida de las relaciones con familiares y amigos y por otra, el apoyo y ayuda recibida, cada una de ellas con 4 ítems. Los ítems de la escala de calidad de las relaciones con un rango de 0 a 2 (donde 0=mala y 2=buena) y los ítems de la escala de apoyo y ayuda con un rango de 0 a 4 (donde 0=nada y 4=mucho). En lugar de sumar los valores hemos calculado promedios para poder controlar de este modo el efecto de los valores perdidos de aquellas participantes que referían familiares o amigos fallecidos.

Las participantes del estudio mostraron una puntuación media de 1.9 en la evaluación de la calidad de sus relaciones con familiares y amigos, con un rango de puntuación que se situó entre 1 y 2 y una desviación típica de 0.19. La puntuación media respecto al apoyo y ayuda recibida fue de 3.7 con un rango entre 2 y 4 y una desviación típica de 0.4. Los resultados pueden verse en la Tabla 23.

**Tabla 23-Descriptivos de las variables del área social**

Variable	N	Total
<b>Pareja actual</b>	<b>266</b>	
Sí		265(99.6%)
No		1 (0.4%)
<b>Calidad de las relaciones sociales</b>	<b>265</b>	
Rango		(1-2)
M		1.9
DT		0.2
<b>Cantidad apoyo/ayuda recibido</b>	<b>265</b>	
Rango		(2-4)
M		3.7
DT		0.4

Nota. M= Media; DT= Desviación típica

### 11.1.5 Variables psicopatológicas

A continuación se presentan en la Tabla 24 las características psicopatológicas de las mujeres participantes en el estudio.

Además de presentar sus puntuaciones medias y desviaciones típicas, se compararon sus puntuaciones con los valores de la población general de mujeres de otros estudios. Estos análisis se realizaron solo en aquellas variables para las que se pudieron encontrar baremos poblacionales en mujeres españolas de la población general y con características similares (p.ej, edad) a las de nuestro estudio. En el caso del EPQ-RS y el STAI-R se utilizaron los baremos de las adaptaciones al español de cada una de las pruebas (Ortet, Ibáñez, Moro y Silva, 2008 y Seisdedos, 2002). Para el EAR, el PANAS, el CAE y el BDI-II, se utilizaron los respectivos estudios de adaptación de los cuestionarios al español (Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007; Sandín et al., 1999 y Sandín y Chorot, 2003; Sanz y Vazquez, 2011).

Para el resto de variables no se pudieron realizar comparaciones con datos normativos por diferentes motivos. Por ejemplo, para el nivel de inadaptación (EI), el índice de calidad de vida (IQL) o el control de ansiedad (ACQ-R) se consultaron los estudios de validación al español de estos instrumentos (Echeburúa, Corral, Fernandez-Montalvo, 2000; Lorente, Ibáñez, Moro y Ruipérez, 2002 y Osma, Barrada, García-Palacios, Navarro-Haro y Aguilar, 2016) pero éstos no ofrecían puntuaciones diferenciadas por género.

En los casos en los que fue posible la comparación con datos normativos, el análisis de las diferencias se realizó mediante el estadístico  $t$  de Student y, al mismo tiempo, se calculó el tamaño de dicha diferencia mediante la  $d$  de Cohen. Los resultados mostraron que la población de mujeres de nuestro estudio mostraba algunas diferencias significativas en personalidad (puntuaciones más bajas en neuroticismo y psicoticismo), así como un menor afecto negativo, teniendo todas estas diferencias un tamaño del efecto alto. Asimismo, las mujeres de nuestro estudio presentaban mayor autoestima, con un tamaño del efecto bajo. Respecto a las variables de afrontamiento, nuestra población de mujeres usaba las estrategias de expresión emocional abierta con mayor frecuencia y la religión de forma menos habitual, presentando ambas diferencias un tamaño del efecto moderado.

**Tabla 24- Estadísticos descriptivos de las variables psicopatológicas**

Variables	N	Mujeres embarazadas M (DT)	N	Mujeres de población general M (DT)	t	p	d
<b>Personalidad</b>							
EPQ-RS (E)	266	8.2 (2.9)	583	8.2 (2.9)	0	1	0
EPQ-RS (N)		4.0 (3.2)		6.6 (3.4)	10.525	<.001	0.79
EPQ-RS (P)		2.2 (2.1)		3.8 (2.5)	9.078	<.001	0.69
EPQ-RS (L)		7.8 (6.0)		6.1 (2.8)	5.631	<.001	0.36
STAI-R	237	26.3 (4.2)	387	25.0 (10.1)	1.884	.060	0.17
EAR	239	32.7 (5.5)	296	31.1 (4.6)	3.664	<.001	0.32
PANAS +	239	29.7(10.0)	441	30.4 (6.1)	1.132	.258	0.08
PANAS –		16.2 (6.8)		22.7 (6.8)	11.901	<.001	0.96
<b>Afrontamiento</b>							
ACQ-R (CE)	266	13.3 (5.2)					
ACQ-R (CA)		21.0 (5.2)					
ACQ-R (CS)		11.7 (3.9)					
ACQ-R total		46.1(11.6)					
CAE (BAS)	224	15.1 (5.2)	200	14.4 (6.2)	1.264	.207	0.12
CAE (EEA)		7.4 (2.9)		6.2 (3.6)	3.797	<.001	0.37
CAE (RLG)		2.9 (4.7)		6.4 (5.9)	6.788	<.001	0.66
CAE (FSP)		15.1 (4.6)		14.5 (4.8)	1.314	.600	0.12
CAE (EVT)		9.6 (3.6)		9.6 (4.4)	0	1	0
CAE (AFN)		6.9 (3.6)		6.3 (3.5)	1.736	.085	0.17
CAE (REP)		14.8 (3.6)		14.9 (3.9)	0.275	.784	0.03
<b>Eventos adversos</b>							
EAVE Nº sucesos	224	6.6(3.5)					
EAVE total		199.4(108.4)					
<b>Estado de ánimo</b>							
EPDS	236	11.4(2.5)					
BDI-II	239	11.0(6.7)	297	10.4(8.0)	0.927	.354	0.08
<b>Ajuste</b>							
EI	237	7.5(5.4)					
QLI	224	7.5(1.4)					
<b>Funcionamiento social</b>							
Ajuste Marital	224	127.8(22.9)					
MSPSS (F)	224	25.1(3.9)					
MSPSS (A)		25.3(4.2)					
MSPSS (OPS)		25.9(3.7)					
MSPSS total		76.2(9.5)					

Nota. M= Media; DT= Desviación típica; t= Estadístico Student; p= grado de significación; d= de de Cohen (tamaño del efecto); EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo; P: Psicoticismo; L: Escala de control); STAI-R= Inventario de ansiedad Rasgo; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS+= Escala de afecto positivo; PANAS- = Escala de afecto negativo; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad (CA= Control Amenaza; CE= Control Emocional; CS= Control Estrés); CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; EEA: Expresión Emocional Abierta; RLG: Religión; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; EVT: Evitación; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva); EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida; MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido.  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

Seguidamente se presentan en la Tabla 25 los porcentajes de las mujeres del estudio que cumplían criterios DSM-IV y/o DSM-5 de Episodio Depresivo Mayor según los resultados obtenidos en la entrevista diagnóstica *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I; First et al., 1999).

**Tabla 25- Resultados sobre los criterios DSM-IV para EDM según la entrevista SCID-I**

Variable	N	Total
<b>SCID-I</b>	237	
Cumplen criterios para EDM		26 (11.0%)
No cumplen criterios para EDM		211 (89.0%)

Nota. SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV; EDM: Episodio Depresivo Mayor

En la Tabla 26 se muestran los porcentajes de las mujeres participantes que presentaban sintomatología depresiva según los resultados obtenidos en la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS; García-Esteve et al., 2003) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Sanz et al., 2003).

**Tabla 26- Resultados sobre la sintomatología depresiva según EPDS y BDI-II**

Variable	N	Total
<b>EPDS</b>	236	
EPDS $\geq$ 11		132 (55.9%)
<b>BDI-II</b>	239	
Síntomas mínimos		175 (73.2%)
Síntomas leves		38 (15.9%)
Síntomas moderados		19 (7.9%)
Síntomas graves		7 (2.9%)

Nota. EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck

### ***11.2 Diferencias en las variables a estudio entre las mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos***

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en el cálculo de las diferencias entre la población de mujeres con síntomas depresivos (referidos por una puntuación en EPDS $\geq$ 11) y las mujeres embarazadas sin síntomas depresivos en todas las variables incluidas en el estudio.



### 11.2.1 Variables sociodemográficas

En la Tabla 27 se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas, el valor de Chi cuadrado y su significación para ambos grupos y la Tabla 28 incluye los resultados obtenidos mediante el estadístico *t* de Student respecto a las diferencias en la edad.

Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre el grupo de mujeres con y sin síntomas depresivos en ninguna de las variables sociodemográficas.

**Tabla 27- Diferencias en las variables sociodemográficas en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variables	N	EPDS≥11	EPDS<11	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Nacionalidad</b>	236			5.356	.021
Española		120(50.8%)	102(43.2%)		
Otros		12(5.1%)	2(0.9%)		
<b>Estado Civil</b>	236			0.621	.431
Con pareja conviviente		101(42.8%)	84(35.6%)		
Sin pareja conviviente		31(13.1%)	20(8.5%)		
<b>Nivel de estudios</b>	236			1.683	.431
Básicos		16 (6.8%)	12(5.1%)		
Intermedios		33 (14.0%)	19(8.1%)		
Superiores		83 (35.2%)	73(30.9%)		
<b>Situación laboral</b>	236			0.267	.605
Trabaja		73 (30.9%)	54(22.9%)		
No trabaja		59 (25%)	50(21.2%)		
<b>Nivel económico según renta familiar anual</b>	235			0.898	.826
Bajo		16 (6.8%)	13(5.5%)		
Medio-bajo		56 (23.8%)	45(19.1%)		
Medio		39 (16.6%)	33(14.0%)		
Alto		21 (8.9%)	12(5.1%)		
<b>Seguro médico privado</b>	130			1.685	.194
Sí		23(17.7%)	32(24.6%)		
No		40(30.8%)	35(26.9%)		

Nota. Chi<sup>2</sup> = Estadístico Chi cuadrado; p= nivel de significación

**Tabla 28- Diferencia en la edad en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variable	N	EPDS≥11	N	EPDS<11	t	p
<b>Edad</b>	132	M (DT)	104	M(DT)		
		33.2(4.6)		32.9 (3.8)	-0.593	.554

Nota. M= Media; DT= Desviación típica; t= Estadístico Student; p= nivel de significación

### 11.2.2 Variables obstétricas

La Tabla 29, la Tabla 30 y la Tabla 31 muestran los estadísticos descriptivos, el valor de Chi cuadrado y su significación de las variables obstétricas, las variables relacionadas con el comportamiento materno y la ambivalencia afectiva respectivamente, en el grupo de mujeres con y sin síntomas depresivos.

Los resultados mostraron que, había un porcentaje significativamente mayor a lo esperado de mujeres con síntomas depresivos entre aquellas mujeres que se encontraban entre la 30-36 semana de gestación. Para averiguar la asociación entre la semana de gestación y los síntomas depresivos, se calculó la OR, siendo ésta igual a 2.26 (IC95%: 1.32, 3.84).

Las mujeres que se encontraban en la semana 30-36 del embarazo tenían 2.3 veces más riesgo de presentar sintomatología depresiva comparadas con aquellas mujeres que se encontraban en la semana 16-24.

Por otra parte, los resultados también mostraron que, en las mujeres que experimentaban ambivalencia a menudo había un porcentaje significativamente mayor de mujeres deprimidas respecto al grupo de mujeres que nunca experimentaba ambivalencia. Con la finalidad de estimar la asociación entre la ambivalencia afectiva y los síntomas depresivos, se calculó la OR. Para ello se creó una variable *ad hoc* para ambivalencia afectiva con 2 valores (Nunca=0 y A menudo=1) de este modo se calcularon de nuevo los valores de Chi cuadrado y su grado de significación:  $\chi^2(1,103)=12.281$ ,  $p<.001$  y se calculó el valor de OR que fue de 4.73 (IC95%: 1.92, 11.64).

Las mujeres que experimentan ambivalencia afectiva a menudo tienen 4.7 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos en el periodo prenatal que aquellas que nunca experimentan ambivalencia afectiva.

**Tabla 29- Diferencias en las variables obstétricas en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variables	N	EPDS≥11	EPDS<11	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Periodo de gestación</b>	236			9.067	.003
16-24 semana		63(26.7%)	70(29.7%)		
30-36 semana		69(29.2%)	34(14.4%)		
<b>Número de embarazos</b>	187			0.010	.921
Primípara		64(34.2%)	60(32.1%)		
Múltipara		33(17.6%)	30(16.0%)		
<b>Antecedentes de aborto</b>	236			2.409	.121
Sí		20(8.5%)	24(10.2%)		
No		112(47.5%)	80(33.9%)		
<b>Tipo de embarazo</b>	188			0.058	.809
Natural		86(45.7%)	80(42.6%)		
Reproducción Asistida		12(6.4%)	10(5.3%)		
<b>Nivel de riesgo en el embarazo</b>	211			1.327	.249
Sin riesgo destacado		92(43.6%)	77(36.5%)		
Con riesgo destacado		15(7.1%)	27(12.8%)		
<b>Embarazo planificado</b>	188			3.262	.071
Sí		79(42.0%)	81(43.1%)		
No		19(10.1%)	9(4.8%)		

Nota. Chi<sup>2</sup> = Estadístico Chi cuadrado; p= nivel de significación

**Tabla 30- Diferencias en conductas maternas en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variable	N	EPDS≥11	EPDS<11	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Educación materno-infantil y preparación al parto</b>	236			1.596	.206
Sí		120(50.8%)	99(41.9%)		
No		12(5.1%)	5(2.1%)		
<b>Tipo de lactancia deseada</b>	236			0.008	.928
Natural		111(47.0%)	87(36.9%)		
Otros		21(8.9%)	17(7.2%)		

Nota. Chi<sup>2</sup> = Estadístico Chi cuadrado; p= nivel de significación

**Tabla 31- Diferencias en la ambivalencia afectiva respecto al embarazo en las mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos**

Variable	N	EPDS≥11	EPDS<11	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Ambivalencia afectiva</b>	236			13.932	.001
Nunca		26(11.0%)	41(17.4%)		
En ocasiones		79(33.5%)	54(22.9%)		
A menudo		27(11.4%)	9(3.8%)		

Nota. Chi<sup>2</sup> = Estadístico Chi cuadrado; p= nivel de significación

### 11.2.3 Antecedentes médicos

En la Tabla 32 se observan los resultados de los estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con los antecedentes médicos, el valor de Chi cuadrado y su significación en el grupo de mujeres con y sin síntomas depresivos.

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en dichas variables entre ambos grupos de mujeres participantes.

**Tabla 32- Diferencia en las variables sobre antecedentes médicos en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variables	N	EPDS $\geq$ 11	EPDS<11	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Enfermedad médica actual</b>	236			0.071	.790
Sí		22(9.3%)	16(6.8%)		
No		110(46.6%)	88(37.3%)		
<b>Tratamiento psicológico previo</b>	236			1.698	.193
Sí		46(19.5%)	28(11.9%)		
No		86(36.4%)	76(32.2%)		
<b>Tratamiento farmacológico previo</b>	236			1.067	.302
<b>pautado por psiquiatra</b>					
Sí		20(8.5%)	11(4.7%)		
No		112(47.5%)	93(39.4%)		
<b>Tratamiento farmacológico previo</b>	236			2.983	.084
<b>pautado por médico de cabecera</b>					
Sí		44(18.6%)	24(10.2%)		
No		88(37.3%)	80(33.9%)		
<b>Autotratamiento farmacológico previo</b>	236			2.246	.134
Sí		15(6.4%)	6(2.5%)		
No		117(49.6%)	98(41.5%)		

Nota. Chi<sup>2</sup> = Estadístico Chi cuadrado; p= nivel de significación

La Tabla 33 muestra los resultados respecto a los estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con el consumo de psicofármacos, el valor de Chi cuadrado y su significación en las mujeres embarazadas con y sin síntomas depresivos.

Los resultados reflejan que no existen diferencias significativas en el consumo de psicofármacos entre ambos grupos.

**Tabla 33- Diferencia en el consumo de psicofármacos en algún periodo de su vida en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variable	N	EPDS $\geq$ 11	EPDS<11	Chi <sup>2</sup>	P
<b>Uso de Psicofármacos</b>	236				
Ansiolíticos				4.628	.031
Sí		31(13.1%)	13(5.5%)		
No		101(42.8%)	91(38.6%)		
Antidepresivos				1.091	.296
Sí		23(9.7%)	13(5.5%)		
No		109(46.2%)	91(38.6%)		

Nota. Chi<sup>2</sup> = Estadístico Chi cuadrado; p= nivel de significación

#### 11.2.4 Hábitos de salud

En la Tabla 34 y Tabla 35 aparecen los estadísticos descriptivos el valor de Chi cuadrado y su significación de las variables relacionadas con los hábitos de salud antes y durante el embarazo, en el grupo de mujeres con y sin síntomas depresivos.

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en estas variables antes o durante el embarazo, en ambos grupos de mujeres.

**Tabla 34- Diferencias en las variables sobre hábitos de salud antes del embarazo en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variables	N	EPDS $\geq$ 11	EPDS<11	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Tabaco</b>	236			0.437	.508
Sí		46(19.5%)	32(13.6%)		
No		86(36.4%)	72(30.5%)		
<b>Alcohol</b>	231			1.241	.265
Sí		54(23.4%)	79(34.2%)		
No		51(22.1%)	47(20.3%)		
<b>Drogas</b>	236			2.760	.097
Sí		21(8.9%)	9(3.8%)		
No		111(47.0%)	95(40.3%)		

Nota. Chi<sup>2</sup> = Estadístico Chi cuadrado; p= nivel de significación

**Tabla 35- Diferencia en las variables sobre hábitos de salud durante el embarazo en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variables	N	EPDS $\geq$ 11	EPDS<11	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Tabaco</b>	236			0.252	.616
Sí		14(5.9%)	9(3.8%)		
No		118(50%)	95(40.3%)		
<b>Alcohol</b>	231			0.042	.838
Sí		1(0.4%)	1(0.4%)		
No		131(55.5%)	98(41.5%)		

Nota. Chi<sup>2</sup> = Estadístico Chi cuadrado; p= nivel de significación

### 11.2.5 Área social

La Tabla 36 muestra los estadísticos descriptivos el valor de Chi cuadrado y su significación de las variables relacionadas con la calidad de las relaciones familiares y sociales, y el apoyo y ayuda recibida en el grupo de mujeres con y sin síntomas depresivos.

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en estas variables entre ambos grupos.

**Tabla 36- Diferencias en el área social en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variable	N	EPDS $\geq$ 11 M(DT)	N	EPDS<11 M(DT)	t	p
<b>Calidad de las relaciones sociales</b>	132	1.9 (0.2)	103	1.9(0.2)	-1.195	.234
<b>Cantidad apoyo/ayuda recibido</b>	132	3.7(0.5)	103	3.5(0.3)	2.596	.010

Nota. M= Media; DT= Desviación típica; t= Estadístico Student; p= grado de significación

### 11.2.6 Variables psicopatológicas

Los estadísticos descriptivos y los resultados analizados según la *t* de Student y su significación, muestran diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con y sin síntomas depresivos en gran parte de las variables psicopatológicas del estudio.

Las mujeres que presentaban sintomatología depresiva presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en neuroticismo con un tamaño del efecto moderado ( $d=0.59$ ); ansiedad rasgo con un tamaño del efecto moderado ( $d=0.48$ ); afecto negativo con un tamaño del efecto moderado ( $d=0.48$ ); en inadaptación con un tamaño del efecto moderado ( $d=0.58$ ) y también mostraron puntuaciones más elevadas en el BDI-II con un tamaño del efecto alto ( $d=0.96$ ). Asimismo, con un criterio de significación menos estricto también podemos decir que las mujeres con síntomas depresivos presentaban mayor puntuación en el estilo de afrontamiento de autofocalización negativa y en el número y puntuación de sucesos adversos experimentados.

Por otra parte, las mujeres con sintomatología depresiva mostraron puntuaciones significativamente más bajas en autoestima con un tamaño del efecto alto ( $d=0.81$ ); en control emocional, control del estrés y puntuación global del control de ansiedad con tamaños del efecto moderados y bajos ( $d=0.56$ ,  $d=0.46$ ,  $d=0.46$  respectivamente) y además, puntuaciones más bajas en calidad de vida con tamaño del efecto moderado ( $d=0.64$ ). Teniendo en cuenta un criterio de significación menos estricto podemos decir que las mujeres con síntomas depresivos presentaron puntuaciones más bajas en afecto positivo, control de amenaza, en la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva y también más bajas en apoyo social global y por parte de familiares y otras personas significativas. Los resultados pueden verse en la Tabla 37.

**Tabla 37- Diferencias en las variables psicopatológicas en las mujeres con y sin síntomas depresivos**

Variable	EPDS $\geq$ 11		EPDS<11		t	P	d
	N	M(DT)	N	M(DT)			
<b>Personalidad</b>							
EPQ-RS (E)	132	7.9(3.0)	104	8.7(2.9)	2.083	.038	0.27
EPQ-RS (N)	132	4.8(3.2)	104	3.0(2.9)	-4.417	<b>&lt;.001</b>	0.59
EPQ-RS (P)	132	2.2(1.8)	104	2.1(2.4)	-0.579	.563	0.05
STAI-R	132	27.1(4.5)	104	25.2(3.4)	-3.735	<b>&lt;.001</b>	0.48
EAR	132	31.5(4.5)	104	34.9(3.9)	6.028	<b>&lt;.001</b>	0.81
PANAS+	131	28.5(9.8)	104	31.8(9.0)	2.695	<b>.008</b>	0.35
PANAS-	131	17.7(7.4)	104	14.6(5.2)	-3.872	<b>&lt;.001</b>	0.48
<b>Afrontamiento</b>							
ACQ-R (CE)	132	12.0(5.3)	104	14.9(5.1)	4.229	<b>&lt;.001</b>	0.56
ACQ-R (CA)	132	20.1(5.4)	104	21.8(4.6)	2.698	<b>.007</b>	0.34
ACQ-R (CS)	132	10.9(3.9)	104	12.7(3.9)	3.607	<b>&lt;.001</b>	0.46
ACQ total	132	43.0(11.5)	104	48.4(11.8)	3.537	<b>&lt;.001</b>	0.46
CAE (BAS)	124	14.6(5.1)	95	15.9(5.2)	1.800	.073	0.25
CAE (EEA)	124	7.7(3.1)	95	6.9(2.8)	-1.957	.052	0.27
CAE (RLG)	124	3.0(4.9)	95	2.6(4.4)	-0.625	.532	0.08
CAE (FSP)	124	14.5(4.4)	95	15.9(4.8)	2.098	.037	0.30
CAE (EVT)	124	9.5(3.7)	95	9.8(3.5)	0.731	.465	0.08
CAE (AFN)	124	7.7(3.6)	95	6.0(3.5)	-3.468	<b>.001</b>	0.48
CAE (REP)	124	14.2(3.5)	95	15.5(3.6)	2.675	<b>.008</b>	0.37
<b>Factores Externos</b>							
EAVE Nº sucesos	124	7.2(3.5)	95	5.9(3.3)	-2.823	<b>.005</b>	0.38
EAVE total	124	216.8(109.7)	95	175.1(101.0)	-2.889	<b>.004</b>	0.39
<b>Estado de ánimo</b>							
BDI-II	132	13.4(6.8)	104	7.8(4.7)	-7.534	<b>&lt;.001</b>	0.96
<b>Ajuste</b>							
EI	132	8.8(6.0)	104	5.8(4.1)	-4.600	<b>&lt;.001</b>	0.58
QLI	132	7.2(1.4)	104	8.0(1.1)	4.872	<b>&lt;.001</b>	0.64
<b>Funcionamiento social</b>							
Ajuste Marital	124	122.7(23.6)	95	126.9(22.4)	1.349	.179	0.18
MSPSS (F)	124	24.3(4.4)	95	26.0(3.0)	3.454	<b>.001</b>	0.45
MSPSS (A)	124	24.9(4.7)	95	25.8(3.5)	1.573	.117	0.22
MSPSS (OPS)	124	25.2(4.4)	95	26.7(2.2)	3.429	<b>.001</b>	0.43
MSPSS Total	124	74.4(10.9)	95	78.6(6.8)	3.487	<b>.001</b>	0.46

Nota. M= Media; DT= Desviación típica; t= Estadístico Student; p= grado de significación; d= d de Cohen (tamaño del efecto); EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo; P: Psicoticismo); STAI-R= Inventario de ansiedad Rasgo; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS+= Escala de afecto positivo; PANAS- = Escala de afecto negativo; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad (CA= Control Amenaza; CE= Control Emocional; CS= Control Estrés); CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; EEA: Expresión Emocional Abierta; RLG: Religión; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; EVT: Evitación; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva); EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida; MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido (F: Familia; A: Amigos; OPS: Otras personas significativas);  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001



### **11.3 Correlaciones entre las variables independientes del estudio y las variables dependientes de estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social**

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos al relacionar distintas variables independientes (sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, área social, de personalidad de afrontamiento y sucesos adversos) con variables de estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social (variables dependientes). Al igual que en el resto de los análisis realizados, aplicamos la corrección de Bonferroni para reducir la probabilidad de cometer errores de tipo I ( $p < .001$ ). Sin embargo, como este es un estudio exploratorio, se presentarán también aquí aquellas correlaciones significativas usando un nivel de significación menos estricto ( $p < .01$ ).

#### **11.3.1 Correlaciones entre variables sociodemográficas y variables dependientes**

En la Tabla 38 y la Tabla 39 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson y el grado de significación correspondiente entre las variables sociodemográficas y las variables dependientes.

Aplicando la corrección de Bonferroni del nivel de significación, no encontramos ninguna correlación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y las variables dependientes. Siguiendo un criterio más flexible ( $p < .01$ ), sí aparecieron algunas relaciones estadísticamente significativas. Así, las mujeres españolas presentaron mejor apoyo social que las nacidas en otros países. Además, las mujeres que no compartían hogar con sus parejas presentaron mayor sintomatología depresiva. Finalmente, tener actividad laboral se relacionó con presentar una mejor calidad de vida y un mayor apoyo social por parte de personas significativas para ellas.

**Tabla 38- Correlaciones entre variables sociodemográficas y variables de estado de ánimo y ajuste**

VI: Sociodemográficas	VD: Estado de Ánimo						VD: Ajuste					
	EPDS			BDI-II			EI			QLI		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p
Edad	236	-0.02	.764	239	-0.03	.644	237	0.02	.820	224	0.01	.963
Nacionalidad	236	0.15	.022	239	0.07	.252	237	-0.01	.855	224	-0.11	.101
Estado Civil	236	-0.13	.039	239	-0.17	<b>.009</b>	237	-0.08	.246	224	0.15	.027
Nivel de estudios	236	-0.10	.110	239	-0.06	.341	237	0.04	.566	224	0.03	.682
Situación laboral	236	-0.02	.762	239	-0.06	.388	237	-0.08	.204	224	0.20	<b>.003</b>
Nivel económico según renta familiar	235	-0.04	.584	238	-0.13	.050	236	0.07	.264	223	0.10	.157
Seguro médico privado	130	-0.22	.013	132	-0.09	.324	130	-0.04	.669	122	0.03	.778

Nota. VI: variable independientes; VD: variable dependiente; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida;  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

**Tabla 39- Correlaciones entre variables sociodemográficas y variables de funcionamiento social**

	VI: Sociodemográficos			VD: Funcionamiento social											
	Ajuste Marital			MSPSS (F)			MSPSS (A)			MSPSS (OPS)			MSPSS (total)		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p
Edad	224	0.07	.269	224	0.01	.945	224	0.01	.838	224	-0.01	.886	224	0.01	.949
Nacionalidad	224	-0.10	.141	224	-0.21	<b>.001</b>	224	-0.18	<b>.009</b>	224	-0.11	.118	224	-0.21	<b>.002</b>
Estado Civil	224	0.15	.021	224	-0.03	.674	224	0.06	.388	224	0.10	.154	224	0.05	.446
Nivel de estudios	224	0.01	.878	224	0.02	.717	224	0.04	.563	224	0.02	.721	224	0.04	.587
Situación laboral	224	0.07	.323	224	0.08	.261	224	-0.07	.309	224	0.18	<b>.007</b>	224	0.07	.294
Nivel económico según renta familiar	223	0.09	.190	223	0.01	.939	223	0.08	.227	223	0.01	.920	223	0.04	.547
Seguro médico privado	122	0.01	.962	122	0.01	.973	122	0.07	.439	122	0.02	.854	122	0.04	.647

Nota. VI: variable independientes; VD: variable dependiente; MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido (F: Familia; A: Amigos; OPS: Otras personas significativas);  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

### **11.3.2 Correlaciones entre variables obstétricas y variables dependientes**

En la Tabla 40 y Tabla 41 se presentan las correlaciones entre las variables obstétricas y las variables dependientes. Las mujeres que se encontraban entre la 16-24 semana de embarazo presentaban un mayor apoyo social por parte de otras personas significativas y teniendo en cuenta un nivel de significación menos estricto, éstas también presentaban mayor apoyo por parte de la familia. Las mujeres que mostraron mayor ambivalencia afectiva presentaron mayor severidad de síntomas depresivos, mayor inadaptación y una menor percepción de calidad de vida. Además, teniendo en cuenta un nivel de significación más flexible, estas mujeres con mayor ambivalencia, presentaban un menor ajuste marital y menor apoyo social. Las mujeres con un embarazo planificado presentaban un mayor ajuste marital y aunque con un nivel de significación menos exigente, también mostraron menor severidad de la sintomatología depresiva, mayor calidad de vida y mayor apoyo social. Las mujeres que acudían o manifestaron su intención de acudir a los cursos de educación materno-infantil y de preparación al parto, presentaron un mayor apoyo social percibido. Del mismo modo, cabe añadir que con un nivel de significación menos estricto, las mujeres multíparas mostraron una peor calidad de vida y menor ajuste marital.

**Tabla 40- Correlaciones entre las variables obstétricas y las variables de estado de ánimo y ajuste**

VI: Obstétricas	VD: Estado de Ánimo						VD: Ajuste					
	EPDS			BDI-II			EI			QLI		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p
Semana de gestación durante la evaluación	236	-0.09	.154	239	-0.07	.269	237	-0.13	.051	224	0.08	.218
Primípara/Múltipara	187	0.04	.616	190	0.04	.623	188	0.19	.011	177	-0.21	<b>.006</b>
Antecedentes de aborto	236	-0.08	.235	237	-0.06	.329	237	-0.01	.994	224	-0.04	.526
Tipo de embarazo	188	-0.03	.726	191	-0.06	.391	189	-0.05	.478	178	-0.03	.721
Nivel de riesgo del embarazo	211	0.13	.065	214	0.08	.249	212	0.06	.371	202	-0.06	.429
Embarazo planificado	188	-0.19	.011	191	-0.23	<b>.001</b>	189	-0.07	.332	178	0.24	<b>.002</b>
Educación M-I y preparación al parto	236	0.06	.390	239	0.05	.458	237	0.08	.212	224	-0.15	.027
Tipo de lactancia deseada	236	0.02	.803	239	0.07	.297	237	0.05	.494	224	0.02	.751
Ambivalencia afectiva	236	0.34	<b>&lt;.001</b>	239	0.51	<b>&lt;.001</b>	237	0.40	<b>&lt;.001</b>	224	-0.42	<b>&lt;.001</b>

Nota. VI: variable independientes; VD: variable dependiente; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida;  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

**Tabla 41- Correlaciones entre las variables obstétricas y las variables de funcionamiento social**

VI: Obstétricas	VD: Funcionamiento social														
	Ajuste Marital			MSPSS (F)			MSPSS (A)			MSPSS (OPS)			MSPSS (total)		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p
Semana de gestación durante la evaluación	224	0.10	.124	224	0.19	<b>.005</b>	224	-0.14	.035	224	0.32	<b>&lt;.001</b>	224	0.14	.038
Primípara/Múltipara	177	-0.21	<b>.005</b>	177	-0.16	.031	177	-0.14	.067	177	-0.17	.027	177	-0.19	.013
Antecedentes de aborto	224	0.02	.779	224	-0.01	.874	224	0.03	.662	224	0.01	.988	224	0.01	.893
Tipo de embarazo	178	0.09	.232	178	0.04	.613	178	-0.04	.562	178	0.04	.565	178	0.01	.868
Nivel de riesgo del embarazo	202	0.04	.616	202	-0.13	.058	202	0.01	.987	202	-0.11	.115	202	-0.10	.152
Embarazo planificado	178	0.29	<b>&lt;.001</b>	178	0.16	.027	178	0.15	.042	178	0.17	.021	178	0.20	<b>.008</b>
Educación M-I y preparación al parto	224	-0.17	.012	224	-0.38	<b>&lt;.001</b>	224	-0.38	<b>&lt;.001</b>	224	-0.24	<b>&lt;.001</b>	224	-0.42	<b>&lt;.001</b>
Tipo de lactancia deseada	224	-0.02	.753	224	0.03	.624	224	0.01	.889	224	-0.01	.946	224	0.02	.813
Ambivalencia afectiva	224	-0.20	<b>.003</b>	224	-0.22	<b>.001</b>	224	-0.15	.025	224	-0.16	.019	224	-0.22	<b>.001</b>

Nota. VI: variable independientes; VD: variable dependiente; M-I= materno-infantil; MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido (F: Familia; A: Amigos; OPS: Otras personas significativas);  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

### **11.3.3 Correlaciones entre las variables de antecedentes médicos, hábitos de salud y área social y las variables dependientes**

En la Tabla 42 y la Tabla 43 se presentan las correlaciones entre las variables sobre los antecedentes médicos, hábitos de salud, área social y las variables dependientes del estudio.

Respecto a las variables sobre los antecedentes médicos, teniendo en cuenta la corrección por Bonferroni ( $p < .001$ ), no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre ninguna de estas variables y la sintomatología depresiva, ajuste o funcionamiento social. No obstante, podemos referir que con un nivel de significación menos estricto, las mujeres que no habían recibido tratamiento psicológico previo presentaban un mejor ajuste marital y mayor percepción de apoyo. Las mujeres que en algún periodo de su vida habían tomado antidepresivos presentaban mayor severidad de los síntomas depresivos y menor calidad de vida.

En cuanto a las variables relacionadas con los hábitos de salud y las variables dependientes. Los resultados no mostraron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables. Sin embargo, con un nivel de significación menos exigente, las mujeres que referían consumo de drogas antes del embarazo presentaban un menor ajuste marital.

Por lo que respecta a las correlaciones entre las variables que valoraban el área social y las variables clínicas dependientes, las mujeres con una alta valoración de la cantidad de apoyo y ayuda recibido por parte de su red social, presentaban menor severidad en la sintomatología depresiva, mayor adaptación y mayor calidad de vida, del mismo modo, presentaban un mayor ajuste marital y mayor apoyo social en todas las escalas. Por otra parte, con un nivel de significación menos estricto, las mujeres que referían una alta calidad en sus relaciones familiares y sociales presentaban mayor apoyo social.

**Tabla 42- Correlaciones entre las variables de antecedentes médicos, hábitos de salud, área social y las variables de estado de ánimo y ajuste**

VI	VD: Estado de Ánimo						VD: Ajuste					
	EPDS			BDI-II			EI			IQL		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p
<b>Antecedentes médicos y hábitos de salud</b>												
Enfermedad médica actual	236	0.03	.646	239	-0.03	.667	237	0.01	.844	224	-0.04	.528
Tratamiento psicológico previo	236	-0.12	.076	239	-0.11	.080	237	-0.09	.161	224	0.13	.054
Tto. Farm. previo pautado por psiquiatra	236	-0.04	.564	239	-0.08	.221	237	0.03	.604	224	0.08	.258
Tto. Farm. previo pautado por médico Atención Primaria	236	-0.14	.028	239	-0.07	.260	237	0.02	.741	224	0.06	.399
Autotrataamiento farmacológico previo	236	-0.01	.862	239	0.03	.651	237	0.04	.531	224	-0.02	.822
Consumo previo ansiolíticos	236	0.12	.064	239	0.17	.010	237	0.03	.619	224	-0.07	.326
Consumo previo antidepresivos	236	0.09	.165	239	0.18	<b>.005</b>	237	0.08	.205	224	-0.25	<b>.002</b>
Tabaco (antes del embarazo)	236	-0.10	.136	239	-0.13	.041	237	-0.06	.359	224	0.05	.418
Alcohol (antes del embarazo)	231	0.12	.081	234	0.16	.015	232	0.16	.015	219	-0.02	.779
Tabaco (durante el embarazo)	236	-0.14	.037	239	-0.14	.028	237	-0.10	.123	224	0.09	.181
Alcohol (durante el embarazo)	231	-0.06	.408	234	0.08	.218	232	-0.04	.517	220	0.06	.403
Drogas (antes del embarazo)	236	0.10	.142	239	0.16	.012	237	0.06	.373	224	-0.10	.135
<b>Área social</b>												
Cantidad de apoyo/ ayuda del entorno social	235	-0.17	<b>.009</b>	238	-0.31	<b>&lt;.001</b>	236	-0.35	<b>&lt;.001</b>	223	0.38	<b>&lt;.001</b>
Calidad de las relaciones sociales	235	-0.82	.210	238	-0.15	.017	236	-0.10	.134	223	0.12	.066

Nota. VI: variable independientes; VD: variable dependiente; Tto Farm= Tratamiento farmacológico; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; STAI-E= Inventario de ansiedad Estado; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida;  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001



**Tabla 43- Correlaciones entre las variables de antecedentes médicos, hábitos de salud, área social y funcionamiento social**

VI	VD: Funcionamiento social														
	Ajuste Marital			MSPSS (F)			MSPSS (A)			MSPSS (OPS)			MSPSS (total)		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p
<b>Antecedentes médicos y hábitos de salud</b>															
Enfermedad médica actual	224	0.06	.381	224	-0.06	.398	224	-0.05	.412	224	-0.04	.556	224	-0.06	.348
Tratamiento psicológico previo	224	0.18	<b>.008</b>	224	0.10	.143	224	0.17	.012	224	0.20	<b>.002</b>	224	0.19	<b>.004</b>
Tto. Farm. previo pautado por psiquiatra	224	0.05	.410	224	0.03	.634	224	0.10	.122	224	0.04	.585	224	0.07	.275
Tto. Farm. previo pautado por médico AP	224	0.12	.067	224	-0.03	.612	224	0.04	.547	224	-0.01	.918	224	0.01	.985
Autotratamiento farmacológico previo	224	-0.02	.796	224	0.03	.631	224	-0.03	.624	224	0.01	.865	224	0.01	.964
Consumo previo ansiolíticos	224	-0.01	.947	224	0.11	.104	224	0.04	.605	224	-0.05	.445	224	0.04	.550
Consumo previo antidepresivos	224	-0.08	.256	224	-0.08	.266	224	-0.14	.035	224	-0.03	.608	224	-0.11	.112
Tabaco (antes del embarazo)	224	0.09	.179	224	-0.12	.063	224	-0.09	.182	224	-0.06	.360	224	-0.11	.087
Alcohol (antes del embarazo)	219	-0.07	.292	219	0.05	.509	219	0.01	.964	219	0.03	.655	219	0.03	.642
Tabaco (durante el embarazo)	224	0.01	.893	224	0.02	.824	224	-0.09	.187	224	-0.02	.751	224	-0.04	.538
Alcohol (durante el embarazo)	220	0.03	.613	220	0.05	.482	220	0.07	.340	220	0.05	.486	220	0.07	.329
Drogas (antes del embarazo)	224	-0.18	<b>.007</b>	224	-0.08	.247	224	-0.01	.891	224	-0.10	.157	224	-0.07	.278
<b>Área social</b>															
Cantidad de apoyo/ ayuda del entorno social	223	0.35	<b>&lt;.001</b>	223	0.44	<b>&lt;.001</b>	223	0.34	<b>&lt;.001</b>	223	0.41	<b>&lt;.001</b>	223	0.49	<b>&lt;.001</b>
Calidad de las relaciones sociales	223	0.09	.163	223	0.20	<b>.002</b>	223	0.14	.040	223	0.23	<b>.001</b>	223	0.23	<b>.001</b>

Nota. VI: variable independientes; VD: variable dependiente; Tto Farm= Tratamiento farmacológico; AP= Atención Primaria; MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido (F: Familia; A: Amigos; OPS: Otras personas significativas);  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =001

### **11.3.4 Correlaciones entre las variables psicopatológicas independientes y las variables dependientes**

#### **11.3.4.1 Variables de personalidad y variables dependientes**

En la Tabla 44 y Tabla 45 se muestran las correlaciones entre las variables de personalidad y las variables dependientes del estudio.

Teniendo en cuenta la corrección por Bonferroni ( $p < .001$ ), los resultados mostraron que la extraversión se relacionó con menor severidad de los síntomas depresivos, mejor adaptación, mayor calidad de vida y mejor apoyo social. El neuroticismo se asoció con mayor presencia y gravedad de la sintomatología depresiva, mayor inadaptación y un nivel más bajo de calidad de vida y peor funcionamiento social. Puntuaciones elevadas en ansiedad rasgo se asociaron con una mayor presencia y gravedad de síntomas depresivos. Se observó además, una tendencia a que estas mujeres presentasen también una mayor inadaptación. Las puntuaciones elevadas en autoestima se relacionaron con menor presencia y severidad de la sintomatología depresiva y menor inadaptación y a su vez, se asoció con mayor calidad de vida, mayor ajuste marital y mayor apoyo social. Puntuaciones altas en afecto positivo se asociaron a una menor severidad de los síntomas depresivos, mayor calidad de vida y mejor ajuste marital. Así mismo, puntuaciones altas en afecto negativo se relacionaron con una mayor presencia y severidad de la sintomatología depresiva e inadaptación, así como con una peor calidad de vida y menor apoyo social.

**Tabla 44- Correlaciones entre las variables de personalidad y las variables dependientes de estado de ánimo y ajuste**

VD: Personalidad	VI: Estado de Ánimo						VI: Ajuste					
	EPDS			BDI-II			EI			QLI		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p
EPQ-RS (E)	236	-0.21	.001	239	-0.33	<.001	237	-0.24	<.001	224	0.35	<.001
EPQ-RS (N)	236	0.45	<.001	239	0.56	<.001	237	0.30	<.001	224	-0.54	<.001
EPQ-RS (P)	236	0.15	.025	239	0.13	.052	237	0.07	.301	224	-0.10	.139
STAI-R	236	0.31	<.001	237	0.28	<.001	237	0.22	.001	220	-0.15	.032
EAR	236	-0.45	<.001	239	-0.54	<.001	237	-0.30	<.001	222	0.41	<.001
PANAS +	235	-0.21	.001	238	-0.40	<.001	236	-0.14	.031	222	0.25	<.001
PANAS -	235	0.37	<.001	238	0.36	<.001	236	0.36	<.001	222	-0.41	<.001

Nota. VI= variable independiente; VD: variable dependiente;  $r$ = Correlación de Pearson;  $p$ = grado de significación; EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo; P: Psicoticismo; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS+= Escala de afecto positivo; PANAS- = Escala de afecto negativo; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI: Índice de Calidad de Vida. VI: variable independientes; VD: variable dependiente; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida;  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

**Tabla 45- Correlaciones entre las variables de personalidad y las variables dependientes de funcionamiento social**

VI: Personalidad		VD: Variables de Funcionamiento social									
		Ajuste Marital		MSPSS (F)		MSPSS (A)		MSPSS (OPS)		MSPSS total	
	N	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
EPQ-RS (E)	224	0.17	.011	0.26	<.001	0.22	.001	0.21	.001	0.29	<.001
EPQ-RS (N)	224	-0.31	<.001	-0.26	<.001	-0.23	.001	-0.26	<.001	-0.31	<.001
EPQ-RS (P)	224	-0.08	.252	-0.10	.131	-0.02	.734	-0.09	.166	-0.09	.191
STAI-R	220	-0.09	.211	-0.03	.698	-0.07	.331	0.03	.710	-0.03	.657
EAR	222	0.23	<.001	0.22	.001	0.20	.002	0.29	<.001	0.29	<.001
PANAS +	222	0.25	<.001	0.09	.162	0.10	.130	0.15	.028	0.14	.036
PANAS -	222	-0.14	.036	-0.26	<.001	-0.24	<.001	-0.22	.001	-0.30	<.001

Nota. VI= variable independiente; VD: variable dependiente;  $r$ = Correlación de Pearson;  $p$ = grado de significación; EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo; P: Psicoticismo); STAI-R= Inventario de ansiedad Rasgo; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS+= Escala de afecto positivo; PANAS- = Escala de afecto negativo; MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido (F: familia; A: amigos; OPS: Otras personas significativas);  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

#### **11.3.4.2 Variables de afrontamiento y variables dependientes**

En la Tabla 46 y Tabla 47 se muestran los resultados de las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento referidas por las mujeres del estudio y las variables dependientes. Los resultados mostraron que las puntuaciones altas en control emocional, control de la amenaza, control de estrés y una puntuación alta en control de la ansiedad global se asoció con una menor presencia y gravedad de los síntomas depresivos y menor inadaptación, así como con una mayor calidad de vida y mayor apoyo social percibido. Del mismo modo, siendo menos estrictos en la significación de los resultados, se observó una asociación entre el control emocional y el control de la ansiedad global con un mayor ajuste marital.

En general, las estrategias de afrontamiento que se relacionaron con mejor funcionamiento global fueron: búsqueda de apoyo social, focalización en solución de problemas, reevaluación positiva y también la evitación que se asoció con una menor sintomatología depresiva, mejor ajuste y mayor funcionamiento social, tanto en el ajuste marital como en el apoyo social percibido. Por otra parte, las estrategias de expresión emocional abierta y autofocalización negativa se asociaron con mayor gravedad de sintomatología depresiva, peor ajuste e incluso peor funcionamiento social.

**Tabla 46- Correlaciones entre las variables de afrontamiento y las variables dependientes de estado de ánimo y ajuste**

VI: Afrontamiento	VD: Variables Estado de ánimo						VD: Ajuste					
	EPDS			BDI-II			EI			QLI		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p
ACQ-R (CE)	236	-0.42	<.001	239	-0.43	<.001	237	-0.27	<.001	224	0.43	<.001
ACQ-R (CA)	236	-0.24	<.001	239	-0.27	<.001	237	-0.21	.001	224	0.28	<.001
ACQ-R (CS)	236	-0.30	<.001	239	-0.33	<.001	237	-0.27	<.001	224	0.33	<.001
ACQ-R total	219	-0.37	<.001	239	-0.41	<.001	237	-0.30	<.001	224	0.43	<.001
CAE (BAS)	219	-0.17	.011	222	-0.23	.001	220	-0.09	.193	224	0.31	<.001
CAE (EEA)	219	0.24	<.001	222	0.29	<.001	220	0.30	<.001	224	-0.32	<.001
CAE (RLG)	219	0.17	.013	222	0.10	.126	220	0.08	.220	224	-0.07	.302
CAE (FSP)	219	-0.22	.001	222	-0.33	<.001	220	-0.21	.002	224	0.40	<.001
CAE (EVT)	219	-0.04	.514	222	-0.24	<.001	220	-0.12	.079	224	0.17	.009
CAE (AFN)	219	0.38	<.001	222	0.48	<.001	220	0.35	<.001	224	-0.49	<.001
CAE (REP)	219	-0.25	<.001	222	-0.32	<.001	220	-0.25	<.001	224	0.43	<.001

Nota. VI= variable independiente; VD: variable dependiente;  $r$ = Correlación de Pearson;  $p$ = grado de significación; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad (CA= Control Amenaza; CE= Control Emocional; CS= Control Estrés); CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; EEA: Expresión Emocional Abierta; RLG: Religión; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; EVT: Evitación; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva); EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida;  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

**Tabla 47- Correlaciones entre las variables de afrontamiento y las variables dependientes de funcionamiento social (N=224)**

VI: Afrontamiento	VD: Funcionamiento Social									
	Ajuste marital		MSPSS (F)		MSPSS (A)		MSPSS (OPS)		MSPSS total	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
ACQ-R (CE)	0.18	<b>.008</b>	0.21	<b>.002</b>	0.20	<b>.003</b>	0.23	<b>&lt;.001</b>	0.26	<b>&lt;.001</b>
ACQ-R (CA)	0.15	.023	0.13	.063	0.21	<b>.002</b>	0.22	<b>.001</b>	0.23	<b>.001</b>
ACQ-R (CS)	0.17	.011	0.09	.187	0.13	.050	0.23	<b>.001</b>	0.18	<b>.006</b>
ACQ-R total	0.18	<b>.008</b>	0.17	<b>.010</b>	0.20	<b>.002</b>	0.26	<b>&lt;.001</b>	0.26	<b>&lt;.001</b>
CAE (BAS)	0.25	<b>&lt;.001</b>	0.35	<b>&lt;.001</b>	0.31	<b>&lt;.001</b>	0.24	<b>&lt;.001</b>	0.37	<b>&lt;.001</b>
CAE (EEA)	-0.16	.014	-0.07	.313	-0.14	.032	-0.18	<b>.008</b>	-0.16	.016
CAE (RLG)	-0.16	.018	-0.06	.365	-0.11	.097	-0.02	.775	-0.08	.223
CAE (FSP)	0.22	<b>.001</b>	0.24	<b>&lt;.001</b>	0.24	<b>&lt;.001</b>	.021	<b>.001</b>	0.28	<b>&lt;.001</b>
CAE (EVT)	.017	.012	0.12	.080	0.03	.619	-0.01	.933	0.06	.366
CAE (AFN)	-0.22	<b>.001</b>	-0.28	<b>&lt;.001</b>	-0.23	<b>.001</b>	-0.35	<b>&lt;.001</b>	-0.35	<b>&lt;.001</b>
CAE (REP)	0.27	<b>&lt;.001</b>	0.25	<b>&lt;.001</b>	0.21	<b>.001</b>	0.21	<b>.002</b>	0.28	<b>&lt;.001</b>

Nota. VI= variable independiente; VD: variable dependiente; *r*= Correlación de Pearson; *p*= grado de significación; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad (CA= Control Amenaza; CE= Control Emocional; CS= Control Estrés); CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; EEA: Expresión Emocional Abierta; RLG: Religión; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; EVT: Evitación; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva); MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido (F: familia; A: amigos; OPS: Otras personas significativas);  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

### 11.3.4.3 Variables de eventos adversos y variables dependientes

En la Tabla 48 y Tabla 49 se muestran los resultados de las correlaciones entre los eventos adversos estresantes y las variables dependientes del estudio. Los resultados mostraron que las mujeres con altas puntuaciones en eventos adversos referían un peor ajuste marital. Teniendo en cuenta un nivel de significación menos estricto, las mujeres con altas puntuaciones en eventos adversos y con mayor número de eventos adversos vividos, presentaban mayor severidad en la sintomatología depresiva, mayor inadaptación y un nivel de calidad de vida más bajo.

**Tabla 48- Correlaciones entre eventos adversos y las variables dependientes de estado de ánimo y ajuste**

VI: Eventos adversos	VD: Estado de ánimo				VD: Ajuste			
	EPDS (n=219)		BDI-II (n=222)		EI (n=220)		QLI (n=224)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAVE Nº sucesos	0.09	.180	0.19	<b>.004</b>	0.20	<b>.003</b>	-0.16	.017
EAVE total	0.14	.034	0.21	<b>.002</b>	0.19	<b>.005</b>	-0.18	<b>.008</b>

Nota. VI= variable independiente; VD: variable dependiente; *r*= Correlación de Pearson; *p*= grado de significación; EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida;  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001

**Tabla 49- Correlaciones entre eventos adversos y las variables dependientes de funcionamiento social (n=224)**

VI: Eventos adversos	VD: Funcionamiento social									
	Ajuste marital		MSPSS (F)		MSPSS (A)		MSPSS(OPS)		MSPSS Total	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAVE Nº sucesos	-0.21	<b>.001</b>	-0.12	.085	-0.07	.324	-0.13	.059	-0.13	.061
EAVE total	-0.26	<b>&lt;.001</b>	-0.12	.080	-0.10	.121	-0.14	.042	-0.15	.028

Nota. VI= variable independiente; VD: variable dependiente; *r*= Correlación de Pearson; *p*= grado de significación; EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes; MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido (F: familia; A: amigos; OPS: Otras personas significativas);  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) =.001



### **11.4 Factores asociados a la salud mental en el periodo prenatal de la mujer: análisis multivariante**

Como ya se ha explicado en el apartado de análisis, para los cálculos de regresión se ha elegido la opción de regresión hacia atrás. En este, se parte de un modelo inicial con todas las variables independientes (en nuestro caso, las que correlacionaron significativamente con cada una de las variables dependientes). A continuación, se van eliminando las variables que no se asocian significativamente con la variable dependiente hasta obtener un modelo óptimo.

En los cálculos no se observaron problemas de multicolinealidad entre las variables.

En esta sección se describirá el primer modelo, con todos los predictores y el último, el que ofrece un modelo más parsimonioso.

#### **11.4.1 Factores asociados a la sintomatología depresiva**

En la Tabla 50 se muestran los resultados del modelo de regresión para la EPDS. El modelo inicial incluía las variables de cantidad de apoyo y ayuda recibido, ambivalencia afectiva, neuroticismo, extraversión, ansiedad rasgo, autoestima, afecto positivo, afecto negativo, control de ansiedad y varias escalas de afrontamiento (EEA, FSP, AFN y REP). Este modelo explicaba el 27.9% de la varianza de EPDS. En el modelo final solo quedaron las variables de ambivalencia afectiva, neuroticismo, ansiedad rasgo y autoestima. Estas 4 variables explicaron el 30.0% de la varianza de EPDS.

**Tabla 50- Modelo de regresión para EPDS**

Variable: EPDS	$\beta$ estándar	$t$	$p$	IC95% para $\beta$	$R^2$ Ajustada	F	gl	$p$
<b>Modelo 1</b>					0.279	7.437	13	<.001
Cantidad de apoyo/ayuda	-.013	-0.191	.849	-0.8,0.7				
Ambivalencia afectiva	.095	1.398	.164	-0.2, 0.9				
EPQ-RS (N)	.150	1.690	.093	-0.1, 0.3				
EPQ-RS (E)	-.021	-0.303	.762	-0.1,0.1				
STAI-R	.147	2.233	.027	0.1, 0.2				
EAR	-.230	-2.878	.004	-0.2, -0.1				
PANAS+	-.078	-0.968	.334	-0.1,0.1				
PANAS-	.111	1.242	.216	-0.1, 0.1				
ACQ-R total	.027	0.316	.752	-0.1, 0.1				
CAE (EEA)	.033	0.487	.627	-0.1, 0.1				
CAE (FSP)	.018	0.236	.814	-0.1, 0.1				
CAE (AFN)	.051	0.589	.557	-0.1, 0.2				
CAE (REP)	.010	0.124	.902	-0.1, 0.1				
<b>Modelo 10</b>					0.299	24.075	4	<.001
Ambivalencia afectiva	.119	1.831	.068	-0.1, 1.0				
EPQ-RS (N)	.210	2.902	.004	0.1, 0.3				
STAI-R	.173	2.922	.004	0.1, 0.2				
EAR	-.275	-4.069	<.001	-0.2, -0.1				

Nota. EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (N: Neuroticismo; E= Extraversión); STAI-R= Inventario de ansiedad Rasgo; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS+= Escala de afecto positivo; PANAS- = Escala de afecto negativo; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad; CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (EEA: Expresión Emocional Abierta; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva)

En la Tabla 51 se muestran los resultados del modelo de regresión para el BDI-II. En esta variable se obtuvo un modelo inicial con las variables de estado civil, toma de antidepresivos en algún periodo anterior, ambivalencia afectiva, embarazo planificado, cantidad de apoyo y ayuda recibido, extraversión, neuroticismo, ansiedad rasgo, autoestima, afecto negativo, afecto positivo, control de la ansiedad, la mayoría de las escalas de afrontamiento del CAE (BAS, EEA, FSP, EVT, AFN, REP), la puntuación y el número de acontecimientos adversos (EAVE). Este modelo explicaba el 49.7% de la varianza del BDI-II. El modelo definitivo demostró que las variables de estado civil, ambivalencia afectiva, extraversión, neuroticismo, autoestima, ansiedad rasgo, afecto

negativo, afecto positivo, control de la ansiedad y las estrategias de evitación y autofocalización negativa explicaban el 51.5% de varianza en el BDI-II.

**Tabla 51- Modelo de regresión para BDI-II**

Variable: BDI-II	$\beta$ estándar	$t$	$p$	IC 95% para $\beta$	$R^2$ Ajustada	F	gl	$p$
<b>Modelo 1</b>					0.497	9.452	20	<.001
Estado civil	-.090	-1.514	.132	-3.4, 0.5				
Antidepresivos	.039	.650	.517	-1.3, 2.6				
Ambivalencia afectiva	.240	3.504	.001	1.1, 3.8				
Embarazo planificado	-.013	-0.210	.834	-2.8, 2.2				
Cantidad de apoyo/ayuda	-.072	-1.095	.275	-3.2, 0.9				
EPQ-RS (E)	-.102	-1.570	.119	-0.5, 0.1				
EPQ-RS (N)	.172	1.929	.056	-0.1, 0.7				
STAI-R	.103	1.588	.114	-0.1, 0.3				
EAR	-.132	-1.772	.078	-0.4, 0.1				
PANAS-	.172	1.986	.049	0.1, 0.3				
PANAS+	-.229	-2.972	.003	-0.3, -0.1				
ACQ-R total	.207	2.595	.010	0.1, 0.2				
CAE (BAS)	.028	0.395	.693	-0.1, 0.2				
CAE (EEA)	.023	0.351	.726	-0.2, 0.3				
CAE (FSP)	-.016	-0.208	.835	-0.3, 0.2				
CAE (EVT)	-.128	-2.114	.036	-0.4, -0.1				
CAE (AFN)	.144	1.737	.084	-0.1, 0.5				
CAE (REP)	.071	0.955	.341	-0.1, 0.4				
EAVE N° suce.	-.059	-0.272	.786	-0.9, 0.7				
EAVE total	.064	0.301	.764	-0.1, 0.1				
<b>Modelo 10</b>					0.515	17.530	11	<.001
Estado Civil	-.095	-1.722	.087	-3.4, 0.2				
Ambivalencia afectiva	.259	4.163	<.001	1.4, 3.8				
EPQ-RS (E)	-.112	-1.816	.071	-0.5, 0.1				
EPQ-RS (N)	.187	2.342	.020	0.1, 0.7				
STAI-R	.104	1.691	.093	-0.1, 0.3				
EAR	-.147	-2.165	.032	-0.4, -0.1				
PANAS-	.167	2.020	.045	0.1, 0.3				
PANAS+	-.219	-2.920	.004	-0.2, -0.1				
ACQ-R total	.219	2.903	.004	0.1, 0.2				
CAE (EVT)	-.122	-2.180	.031	-0.4, -0.1				
CAE (AFN)	.131	1.776	.078	-0.1, 0.5				

Nota. BDI= Inventario de Depresión de Beck; EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo); STAI-R= Inventario de ansiedad Rasgo; EAR= Escala de

Autoestima de Rosenberg; PANAS- = Escala de afecto negativo; PANAS+= Escala de afecto positivo; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; EEA: Expresión Emocional Abierta; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; EVT: Evitación; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva); EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes (Nº suce: Numero de sucesos)

#### **11.4.2 Factores asociados al ajuste**

En la Tabla 52 se presenta el modelo de regresión para la Escala de Inadaptación. Para la EI el modelo inicial comprendía la puntuación y el número de acontecimientos adversos (EAVE), ambivalencia afectiva, cantidad de apoyo y ayuda recibido, extraversión, neuroticismo, ansiedad rasgo, autoestima, afecto negativo, control ansiedad y algunas de las estrategias de afrontamiento del CAE (EEA, AFN, REP, FSP). Este primer modelo explicaba el 27.2% de la varianza de la EI. El último modelo solo incluía las variables de número de sucesos adversos, ambivalencia afectiva, apoyo y ayuda recibida y las estrategias de afrontamiento de EEA y AFN. Estas cinco variables explicaban el 27.4% de la varianza en EI.

**Tabla 52- Modelo de regresión para Escala de Inadaptación**

Variable: EI	$\beta$ estándar	$t$	$p$	IC 95% para $\beta$	$R^2$ Ajustada	F	gl	$p$
<b>Modelo 1</b>					0.272	6.791	14	<.001
EAVE N° suce.	.194	0.930	.354	-0.3, 0.9				
EAVE total	-.085	-0.409	.683	-0.1, 0.1				
Ambivalencia afectiva	.208	2.997	.003	0.6, 2.8				
Cantidad de apoyo/ayuda	-.220	-3.298	.001	-4.4, -1.1				
EPQ-RS (E)	-.059	0.866	.387	-0.3, 0.1				
EPQ-RS (N)	-.090	-1.032	.303	-0.4, 0.1				
STAI-R	.101	1.512	.132	-0.1, 0.3				
EAR	.063	0.802	.423	-0.1, 0.3				
PANAS-	.084	1.159	.248	-0.1, 0.2				
ACQ-R total	.029	0.329	.742	-0.1, 0.1				
CAE (EEA)	.164	2.437	.016	0.1, 0.5				
CAE (AFN)	.133	1.564	.119	-0.1, 0.4				
CAE (REP)	-.093	-1.169	.244	-0.4, 0.1				
CAE (FSP)	-.045	-0.574	.567	-0.2, 0.1				
<b>Modelo 10</b>					0.274	17.374	5	<.001
EAVE N°suce.	.117	1.989	.048	0.1, 0.3				
Ambivalencia afectiva	.211	3.320	.001	0.7, 2.7				
Cantidad de apoyo/ayuda	-.224	-3.696	<.001	-4.3, -1.3				
CAE (EEA)	.140	2.202	.029	0.1, 0.5				
CAE (AFN)	.187	2.909	.004	0.1, 0.5				

Nota. EI= Escala de Inadaptación; EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes (N° suce: Numero de sucesos); EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo); STAI-R= Inventario de ansiedad Rasgo; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS- = Escala de afecto negativo; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad; CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (EEA: Expresión Emocional Abierta; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva; FSP: Focalización en solución del problema)

En la Tabla 53 aparece el modelo de regresión para el índice de calidad de vida. Para el IQL, el primer modelo incluía las variables de paridad (primípara/múltipara), embarazo planificado, situación laboral, ambivalencia afectiva, toma de antidepresivos en algún periodo anterior, cantidad de apoyo y ayuda recibido, extraversión, neuroticismo, autoestima, afecto negativo, afecto positivo, control ansiedad, varias estrategias de afrontamiento (BAS, EEA, FSP, AFN, REP, EVT) y la puntuación en acontecimientos adversos (EAVE). Este modelo explicaba el 45.4% de la varianza en la

IQL. En el modelo final comprendió las variables de ambivalencia afectiva, toma de antidepresivos en algún periodo anterior, cantidad de apoyo y ayuda recibido y las estrategias de afrontamiento EEA, AFN y REP. Este último modelo explicaba prácticamente la misma proporción de varianza que el primer modelo (45.8%).

**Tabla 53- Modelo de regresión para calidad de vida**

Variable: IQL	$\beta$ estándar	$t$	$p$	IC 95% para $\beta$	$R^2$ Ajustada	F	gl	$p$
<b>Modelo 1</b>					0.454	8.512	19	<.001
Primípara/múltipara	-.063	-1.010	.314	-0.5, 0.2				
Embarazo planificad	.040	.631	.529	-0.4, 0.7				
Situación laboral	.088	1.439	.152	-0.1, 0.6				
Ambivalencia afectiva	-.056	-.812	.418	-0.4, -0.2				
Antidepresivos	-.103	-1.661	.099	-0.8, 0.1				
Cantidad de apoyo/ayuda	.143	1.995	.048	0.1, 1.0				
EPQ-RS (E)	.106	1.551	.123	-0.1, 1.1				
EPQ-RS (N)	-.097	-1.080	.282	-0.1, 0.1				
EAR	.055	.781	.436	-0.1, 0.1				
PANAS-	-.152	-1.763	.080	-0.1, 0.1				
PANAS+	.040	.475	.635	-0.1, 0.1				
ACQ-R total	-.095	-1.159	.248	-0.1, 0.1				
CAE (BAS)	.008	.115	.908	-0.1, 0.1				
CAE (EEA)	-.099	-1.493	.137	-0.1, 0.1				
CAE (FSP)	.064	.794	.429	-0.1, 0.1				
CAE (AFN)	-.241	-2.884	.004	-0.2, -0.1				
CAE (REP)	.096	1.255	.211	-0.1, 0.1				
CAE (EVT)	-.024	-.390	.697	-0.1, 0.1				
EAVE total	-.060	-.983	.327	-0.1, 0.1				
<b>Modelo 13</b>					0.458	21.763	7	<.001
Ambivalencia afectiva	-.115	-1.781	.077	-0.5, 0.1				
Antidepresivos	-.128	-2.208	.029	-0.9, -0.1				
Cantidad de apoyo/ayuda	.214	3.510	.001	0.3, 1.1				
PANAS-	-.141	-2.216	.028	-0.1, -0.1				
CAE (EEA)	-.112	-1.827	.069	-0.1, 0.1				
CAE (AFN)	-.291	-4.369	<.001	-0.2, -0.1				
CAE (REP)	.171	2.758	.006	0.1, 0.1				

Nota. EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo); EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS- = Escala de afecto negativo; PANAS+= Escala de afecto positivo; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad; CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; EEA: Expresión Emocional Abierta;

FSP: Focalizado en la Solución del Problema; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva) EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes

### **11.4.3 Factores asociados al funcionamiento social**

En la Tabla 54 se presenta el modelo de regresión para el ajuste marital. En esta variable se obtuvo un primer modelo que englobaba las variables de paridad (primípara/múltipara), ambivalencia afectiva, tratamiento psicológico previo, consumo de drogas antes del embarazo, control de ansiedad, embarazo planificado, cantidad de apoyo/ayuda recibido, neuroticismo, autoestima, afecto positivo, varias escalas de estrategias de afrontamiento (BAS, FSP, AFN, REP) y el número y puntuación en la escala de eventos estresantes. Este primer modelo explicaba el 26.4% de la varianza en el ajuste marital. El modelo definitivo incluía las variables de paridad (primípara/múltipara), tratamiento psicológico previo, embarazo planificado, cantidad de apoyo y ayuda recibido, afecto positivo, la estrategia de búsqueda de apoyo social y la puntuación en la escala de eventos adversos. Este último modelo de 7 variables explicaba el 28.6% de la varianza en el ajuste marital.



**Tabla 54- Modelo de regresión para Ajuste Marital**

Variable: Ajuste Marital	$\beta$ estándar	$t$	$p$	IC 95% para $\beta$	$R^2$ Ajustada	F	gl	$p$
<b>Modelo 1</b>					0.264	4.857	16	<.001
Primípara/múltipara	-.134	-1.881	.062	-13.9, 0.3				
Ambivalencia afectiva	.052	.642	.522	-4.0, 7.8				
Tto psicológico previo	-.105	-1.460	.146	-12.4, 1.9				
Consumo drogas antes del embarazo	-.019	-0.260	.795	-11.7, 9.0				
ACQ-R total	-.024	-0.275	.783	-0.4, 0.3				
Embarazo planificado	.166	2.296	.023	1.7, 22.6				
Cantidad de apoyo/ayuda	.232	2.885	.004	4.3, 22.7				
EPQ-RS (N)	-.077	-0.811	.419	-2.1, 0.9				
EAR	-.051	-0.630	.530	-0.9, 0.5				
PANAS+	.139	1.802	.073	-0.1, 0.7				
CAE (BAS)	.075	.896	.371	-0.4, 1.2				
CAE (FSP)	.005	.056	.956	-1.0, 1.0				
CAE (AFN)	-.100	-1.091	.277	-1.9, 0.5				
CAE (REP)	.027	.299	.765	-1.0, 1.4				
EAVE N° sucesos	.094	.376	.707	-2.8, 4.1				
EAVE total	-.260	-1.034	.303	-0.2, 0.1				
<b>Modelo 10</b>					0.286	10.861	7	<.001
Primípara/multipara	-.143	-2.102	.037	-14.1,-0.4				
Tto psicológico previo	-.134	-1.987	.049	-13.4,-0.1				
Embarazo planificado	.156	2.289	.023	1.6, 21.4				
Cantidad de apoyo/ayuda	.219	2.991	.003	4.3, 21.2				
PANAS+	.182	2.760	.006	0.1, 0.7				
CAE (BAS)	.125	1.861	.065	-0.1, 1.2				
EAVE total	-.157	-2.293	.023	-0.1,-0.1				

Nota. Tto= Tratamiento; EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (N: Neuroticismo); EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS+= Escala de afecto positivo; CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva); EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes

En la Tabla 55 se presentan los resultados del modelo de regresión para la MSPSS. En este caso, el primer modelo comprendía las variables de nacionalidad, embarazo planificado, tratamiento psicológico previo, ambivalencia afectiva, calidad de las relaciones sociales, cantidad de apoyo y ayuda recibido, asistencia o intención de asistir a la educación M-I y preparación al parto, extraversión, neuroticismo, autoestima, afecto negativo, control ansiedad y varias escalas más de estrategias de afrontamiento

(BAS, FSP, AFN, REP). Este modelo explicaba el 43.3% de la varianza en la MSPSS total. El modelo definitivo incluía las variables tratamiento psicológico previo, cantidad de apoyo y ayuda recibido, asistencia o intención de asistir a la educación M-I y preparación al parto y las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social y autofocalización negativa. Este último modelo con 5 variables explicaba el 44.7% de la varianza en la MSPSS total.

**Tabla 55- Modelo de regresión para apoyo social percibido (MSPSS total)**

Variable: MSPSS total	$\beta$ estándar	$t$	$p$	IC 95% para $\beta$	$R^2$ Ajustada	F	gl	$p$
<b>Modelo 1</b>					0.433	9.262	16	<.001
Nacionalidad	.032	0.480	.632	-3.9, 6.4				
Embarazo planificado	-.042	-0.665	.507	-5.0, 2.5				
Tto psicológico previo	-.151	-2.433	.016	-5.5,-0.6				
Ambivalencia afectiva	.006	0.082	.935	-2.0,2.1				
Calidad de las relaciones soc.	-.027	-0.406	.685	-7.4,4.8				
Cantidad apoyo/ayuda	.332	4.130	<.001	4.1,11.6				
Educación M-I	-.260	-4.085	<.001	-14.8,-5.2				
EPQ-RS (E)	.122	1.732	.085	-0.1,0.8				
EPQ-RS (N)	.022	0.265	.791	-0.4,0.6				
EAR	.061	0.890	.375	-0.1,0.3				
PANAS-	-.095	-1.336	.183	-0.3,0.1				
CAE (BAS)	.149	2.031	.044	0.1, 0.6				
ACQ-R total	-.094	-1.107	.270	-0.2, 0.1				
CAE (FSP)	.096	1.172	.243	-0.1,0.6				
CAE (AFN)	-.171	-2.107	.037	-0.9,-0.1				
CAE (REP)	-.029	-0.371	.711	-0.5, 0.3				
<b>Modelo 12</b>					0.447	28.931	5	<.001
Tto psicológico previo	-.155	-2.702	.008	-5.5,-0.9				
Cantidad apoyo/ayuda	.336	5.476	<.001	5.1, 10.8				
Educación M-I	-.242	-4.018	<.001	-13.9,-4.7				
CAE (BAS)	.196	3.256	.001	0.2, 0.6				
CAE (AFN)	-.212	-3.567	<.001	-0.9,-0.3				

Nota. MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido; Tto= tratamiento; M-I= materno-infantil; EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo); EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS= Escala de afecto negativo; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad); CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva)

### **11.5 Evolución de las variables psicopatológicas de las mujeres a lo largo del periodo prenatal**

En este apartado se presentan los resultados referidos a los cambios producidos en todas las variables clínicas evaluadas en las 85 mujeres que completaron los dos periodos de evaluación prenatal.

En la Tabla 56 se presentan las medias y desviaciones típicas de las variables psicopatológicas así como los resultados de las correlaciones de Pearson y las pruebas *t* llevadas a cabo para cada una de las variables del estudio.

En general, observamos pocos cambios de orden y de puntuación media en la muestra. En cuanto al cambio en el orden, sobre todo observamos cambios en la variable de apoyo de los amigos, evidenciado por una correlación baja y no significativa entre los dos momentos de evaluación. Asimismo, observamos correlaciones relativamente bajas en afecto positivo y negativo y apoyo de otras personas significativas, lo que sugiere cierto cambio en el orden de las puntuaciones en estas variables.

En cuanto a los valores medios, los análisis evidenciaron cambios en las puntuaciones medias en inadaptación y apoyo social, así como una ligera disminución en los valores de neuroticismo. Mientras que el nivel de inadaptación y el apoyo de los amigos aumentaron con el transcurso del embarazo, el apoyo de familiares y de otros significativos disminuyó.

**Tabla 56- Evolución de las variables psicopatológicas de la primera a la segunda evaluación (medias, desviaciones típicas, correlación, pruebas t y significación)**

	Semana 16-24		Semana 30-36					
VD	N	M(DT)	M(DT)	r	p	t	p	
Personalidad								
EPQ-RS (E)	84	8.3 (3.0)	8.5 (2.7)	0.73	<.001	-0.78	.439	
EPQ-RS (N)	84	3.6 (2.7)	2.9 (2.7)	0.71	<.001	3.12	.003	
EPQ-RS (P)	84	2.3 (2.4)	1.9 (1.8)	0.72	<.001	2.42	.018	
STAI-R	74	25.6 (4.2)	25.9 (3.9)	0.51	<.001	-0.52	.604	
EAR	74	33.6 (4.1)	33.6 (4.6)	0.68	<.001	0.03	.974	
PANAS +	75	30.2 (11.0)	30.0 (9.3)	0.33	.004	0.14	.892	
PANAS -	75	14.8 (6.4)	14.9 (5.4)	0.36	.002	-0.21	.838	
Afrontamiento								
ACQ-R (CE)	84	13.9 (5.4)	14.6 (4.7)	0.62	<.001	-1.41	.162	
ACQ-R (CA)	84	21.1 (4.6)	21.5 (4.9)	0.58	<.001	-0.84	.401	
ACQ-R (CS)	81	12.2 (3.9)	12.3 (3.4)	0.66	<.001	-0.15	.883	
ACQ-R total	84	45.9 (11.3)	48.5 (10.4)	0.51	<.001	-2.17	.033	
CAE (BAS)	70	15.8 (4.7)	15.5 (4.8)	0.56	<.001	0.62	.538	
CAE (EEA)	70	7.3 (2.9)	6.8 (2.9)	0.66	<.001	1.69	.095	
CAE (RLG)	70	3.6 (5.1)	3.0 (4.3)	0.83	<.001	1.84	.071	
CAE (FSP)	70	15.1 (4.1)	15.4 (4.3)	0.45	<.001	-0.54	.592	
CAE (EVT)	70	10.2 (3.8)	10.3 (3.9)	0.68	<.001	-0.12	.907	
CAE (AFN)	70	6.3 (3.3)	6.4 (3.3)	0.65	<.001	-0.30	.762	
CAE (REP)	70	15.2 (4.1)	15.3 (3.4)	0.66	<.001	-0.49	.624	
Eventos Adversos								
EAVE N°de sucesos	70	6.0 (3.5)	6.6 (5.4)	0.18	.137	-0.88	.383	
EAVE total	70	178.8 (111.8)	198.8 (186.1)	0.18	.148	-0.84	.405	
Estado de ánimo								
EPDS	74	11.1 (2.3)	11.2 (2.2)	0.51	<.001	-0.62	.535	
BDI-II	73	9.5 (4.9)	9.4 (5.2)	0.60	<.001	0.28	.778	
Ajuste								
EI	75	6.1 (4.9)	9.0 (5.0)	0.41	<.001	-4.68	<.001	
QLI	70	7.9 (1.3)	7.5 (1.4)	0.60	<.001	2.36	.021	
Funcionamiento social								
Ajuste Marital	70	128.7 (20.0)	128.9 (18.3)	0.76	<.001	-0.17	.867	
MSPSS (F)	70	25.9 (3.4)	24.6 (4.1)	0.69	<.001	3.47	.001	
MSPSS (A)	70	25.1 (4.3)	27.4 (1.6)	0.18	.144	-4.38	<.001	
MSPSS (OPS)	70	27.5 (1.4)	25.7 (4.1)	0.36	.002	4.00	<.001	
MSPSS total	70	78.5 (7.6)	77.7 (8.5)	0.81	<.001	1.39	.170	

Nota. M= Media; DT= Desviación típica; r= Correlación de Pearson t= Estadístico Student; p= grado de significación; EPQ-RS= Cuestionario de personalidad de Eysenck (E: Extraversión; N: Neuroticismo; P: Psicoticismo); STAI-R= Inventario de ansiedad Rasgo; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; PANAS+= Escala de afecto positivo; PANAS- = Escala de afecto negativo; ACQ-R= Cuestionario de control de ansiedad (CA= Control Amenaza; CE= Control Emocional; CS= Control Estrés); CAE= Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (BAS: Búsqueda de Apoyo Social; EEA: Expresión Emocional Abierta; RLG: Religión; FSP: Focalizado en la Solución del Problema; EVT: Evitación; AFN: Autofocalización Negativa; REP: Reevaluación Positiva); EAVE= Escala Acontecimientos Vitales Estresantes; EPDS= Escala de depresión postnatal de Edimburgo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; EI= Escala de Inadaptación; QLI= Índice de Calidad de Vida; MSPSS= Escala multidimensional de apoyo social percibido (F: Familia; A: Amigos; OPS: Otras personas significativas);  $\alpha$  (corregido por Bonferroni) <.001

### 11.6 Evolución en la sintomatología depresiva en las mujeres a lo largo del periodo prenatal

En este punto se presentan los resultados obtenidos respecto al cambio en la sintomatología depresiva en las 74 mujeres con puntuaciones en la EPDS que completaron los dos momentos de evaluación prenatal. Como puede observarse en la Figura 16 los resultados muestran que el 78.4% (n=58) de las mujeres no presentaban síntomas depresivos en el primer periodo de evaluación y continúan sin síntomas en el segundo, sin embargo un 12.2% (n=9) de las participantes que no presentaban síntomas al inicio del programa, pasan a tener sintomatología en el segundo periodo de evaluación. El 5.4% (n=4) de las mujeres no mejoran, es decir, presentaban síntomas depresivos al inicio que se mantienen durante el periodo prenatal y solo el 4.1% (n=3) de las mujeres mejoran la sintomatología depresiva en el segundo periodo.



Figura 16- Evolución de los síntomas depresivos

## 12 Discusión

El principal objetivo de la presente tesis fue analizar en profundidad un conjunto de variables sociodemográficas, médicas, obstétricas, psicosociales y psicopatológicos en la mujer embarazada y su relación con las alteraciones emocionales, fundamentalmente la depresión, además del ajuste y el funcionamiento social, en el periodo prenatal.

Una de las innovaciones más relevante de este trabajo es la utilización de una aplicación online, MMF, para la evaluación y detección de alteraciones del estado de ánimo en este periodo de la vida de la mujer y su posterior derivación.

La primera parte de la discusión se centrará en el análisis de los resultados obtenidos en el estudio en relación a cada uno de los objetivos e hipótesis planteadas inicialmente. Posteriormente, se expondrán las limitaciones que presenta la investigación llevada a cabo y se indicarán las principales conclusiones obtenidas e sus implicaciones. Finalmente, se delimitarán las líneas de trabajo e investigación futuras.

### ***12.1 Descripción de la muestra de estudio***

El primero de los objetivos establecidos en el estudio fue analizar las características sociodemográficas, obstétricas, los antecedentes médicos, los hábitos de salud, las variables relativas al área social y las variables psicopatológicas en el periodo prenatal de las mujeres evaluadas a través del programa online MMF y comparar los resultados con los obtenidos en otros estudios. Para ello, se analizaron las frecuencias, valores medios y desviaciones típicas de todas las variables recogidas en el programa de evaluación, lo cual nos permitió establecer una descripción muy exhaustiva de las características definitorias de las mujeres embarazadas así como datos de prevalencia de la depresión prenatal. Respecto a este objetivo se planteó la siguiente hipótesis:

**1ª Hipótesis:** *Las características sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, de relaciones sociales, y psicopatológicas en el periodo prenatal de las mujeres evaluadas a través de Internet serán comparables a las obtenidas en otros estudios.*

La muestra de 266 mujeres embarazadas presentaba unas características sociodemográficas bastante homogéneas. Casi el total de las participantes era de nacionalidad española, todas menos una tenía pareja en el momento de la evaluación, más del 75% compartían hogar con su pareja actual y además casi el 70% estaban casadas. Más de la mitad presentaba un nivel educativo alto, concretamente el 49.6% tenía estudios universitarios, el 10.5% estudios de Máster y el 3% estudios de Doctorado. El 53.4% de las mujeres se encontraba en situación laboral activa, sin embargo, el nivel económico de las mujeres era en general, medio-bajo y más de la mitad no tenía un seguro médico privado alternativo a la sanidad pública. La uniformidad de los datos sociodemográficos encontrada en nuestra población de mujeres gestantes, podría deberse al procedimiento de recogida de la muestra. El entorno en el que se hizo mayor promoción para su puesta en marcha, fue fundamentalmente el contexto sanitario de la Comunidad Valenciana y Aragón. En ambas regiones se ofrece cobertura sanitaria a una población circunscrita a un medio socio-cultural muy similar, lo cual puede justificar las grandes similitudes sociodemográficas de las participantes del estudio.

Nuestros resultados son similares en algunas variables sociodemográficas a los obtenidos en diversos estudios con población de mujeres embarazadas (p.ej, eCouto et al., 2016; Felice et al., 2004; Nagandla et al., 2016; Teixeira et al., 2009), aunque también se aprecian algunas diferencias destacables.

En el trabajo de Felice et al. (2004) de las 240 mujeres embarazadas que formaban la muestra, la media de edad era de 27.1 años algo inferior a la de nuestro estudio, el 91% estaban casadas, porcentaje más elevado que en nuestro estudio y solo el 7% no tenía pareja, valor más alto que en nuestro estudio pero que de igual modo, indica que muy pocas mujeres frente al total, no tenían pareja.

Por su parte Teixeira et al. (2009) de las 270 mujeres de su estudio, el 44.5% tenía una edad entre los 20 y los 29 años y el 40% entre los 30 y 39 años, rango más similar a nuestro estudio. En cuanto al nivel socioeconómico la mayoría de la población se encontraba entre un nivel medio bajo (26.3%) y bajo (31.7%). En cuanto al nivel de estudios, a diferencia de nuestra población, la mayoría de las mujeres (53.6%) referían

entre 9-12 años de estudios. No obstante, al igual que en nuestro estudio más de la mitad de las mujeres (69.7%) tenía un empleo, el 76.6% compartía hogar con su pareja y el 51.9% estaban casadas.

Estudios más recientes como el de Nagandla et al. (2016) en su muestra de 288 mujeres embarazadas, el 72.2% tenía una edad entre 26 y 35 años y cerca del 50% presentaba un nivel socioeconómico medio, ambos valores similares a los de nuestro estudio. Por otra parte, casi el 40% presentaba estudios superiores, porcentaje elevado pero algo inferior al de nuestro estudio y una tasa de empleo más elevada que el de las mujeres de nuestro estudio, puesto que casi el 70% de las mujeres tenía actividad laboral.

Del mismo modo, eCouto et al. (2016) entre la población de mujeres de su estudio (N=318) encontramos algunas similitudes y diferencias respecto a las mujeres de nuestro estudio. Por ejemplo, la media de edad de las mujeres embarazadas fue de 28 ( $DT=7.1$ ) algo inferior a la de nuestro estudio. La mayoría de las mujeres eran no caucásicas (74.5%) y tenían un nivel socioeconómico bajo (64.8%). No obstante de modo similar a las participantes de nuestro estudio, el 70.1% de las mujeres estaban casadas y casi el 60% tenían un nivel de estudios de más de 10 años.

En este punto cabe destacar las similitudes encontradas en la población de mujeres de aquellos estudios que igual que en nuestra investigación, se han obtenido mediante el uso de herramientas online. La mayoría de los estudios que se comentaran a continuación ya han aparecido descritos en el marco teórico del presente estudio, por lo que nos limitaremos, en este punto y sucesivos, a comentar las características de su población de mujeres en periodo perinatal.

Haga et al. (2013) llevaron a cabo un estudio piloto para evaluar la viabilidad y aceptación del programa *Mamma Mia* dirigido a reducir el riesgo de DPP y mejorar el bienestar subjetivo. Para ello reclutaron mediante el programa online una muestra de 103 mujeres y sus parejas. La mayoría de los participantes eran mujeres (82%) con una edad media de 31.4 años ( $DT=4.3$ ). El 63.1% de los participantes estaban casados o vivían juntos, el 46.6% presentaba estudios universitarios y el 59.2% estaba en situación de empleo activo.

Barreda, Kelman y Muñoz (2014) realizaron un ECA para examinar la eficacia de una intervención preventiva de la DPP basada en Internet (adaptada del programa *Mothers and Babies Course/Curso de Mamás y Bebés*). A través de este programa online reclutaron una muestra de 2575 mujeres y en ellas encontramos algunas características sociodemográficas muy similares a las de nuestro estudio. La media de edad de las



participantes era de 28.2 años ( $DT=5.5$ ), el 77.9% de las mujeres era de etnia latina/hispana. El 67.9% de las mujeres estaba casada o convivía con su pareja, el 70.4% tenía estudios de grado universitario y el 59.9% presentaba situación laboral activa.

O'Mahen et al. (2014) realizaron un ECA del programa online *Netmums*. Como ya se ha explicado en el marco teórico, aunque se trata de una intervención para el tratamiento de la DPP, el modo de reclutar y evaluar a la población fue equivalente al de nuestro estudio. Las características de la población de mujeres reclutadas mediante el programa online también fueron similares en algunos aspectos. Un total de 83 mujeres fueron las que formaron parte del grupo experimental. El 92.6% de las mujeres eran británicas, el 41.5% presentaba un nivel económico medio-alto (50000-70000 libras anuales); el 92.6% estaba casada o convivía con su pareja, valor algo superior al de nuestro estudio. En cuanto al nivel de estudios el 24.4% presentaba estudios superiores, porcentaje inferior a las mujeres de nuestro estudio y en cuanto a la situación laboral, contrariamente a los hallazgos de nuestro estudio, donde más de la mitad de las mujeres tenía un empleo activo, el 80.5% de las mujeres de este estudio era ama de casa, estaba de baja por maternidad o tenía alguna discapacidad.

Danher et al. (2013) llevaron a cabo un estudio piloto para probar fundamentalmente, la eficacia potencial del programa online *Mom Mood Booster* para la DPP. En este caso, fueron 53 mujeres las que completaron el programa online. Las participantes tenían una edad media de 31.9 años ( $DT= 5.1$ ). El 59% referían un nivel económico medio (ingreso familiar anual de al menos 60000 dólares). El 81% de las mujeres estaban casadas, el 26% reportaron un nivel de estudios de graduado o posgrado, algo inferior al nuestro.

Respecto a las características obstétricas podemos afirmar que en general, las mujeres embarazadas de nuestro estudio presentaron unos parámetros considerados, desde el punto de vista médico, propios del embarazo normal. En nuestra población de mujeres casi el 90% presentaba un embarazo natural y solo en un 3% de los casos se trataba de un embarazo gemelar. Más de la mitad de las mujeres era primípara, más del 80% no presentaba antecedentes de aborto ni embarazo de riesgo. Además, casi el total de las mujeres presentaban un embarazo deseado y planificado. Estos datos son similares en algunas variables a los encontrados en estudios recientes realizados con población de mujeres procedentes de un entorno socio-cultural desarrollado.

Por ejemplo, en el estudio de Felice et al (2004) la media de la semana de gestación en la que se encontraban las mujeres al momento del estudio fue de 18.6 semanas ( $DT=5.3$ ), sin embargo aunque también la mayoría de las mujeres eran

primíparas (47.7%), el porcentaje es algo inferior al de nuestro estudio. Sin embargo, en el estudio de Teixeira et al. (2009) el 63.4% de las mujeres eran primíparas, una cifra casi igual a la de nuestro estudio. Por su parte, Nagadla et al. (2016) también refieren un porcentaje similar en su población de mujeres, siendo un 50.3% las mujeres primíparas. Además, aunque las cifras son algo inferiores a las reportadas en nuestro estudio, la mayoría de los embarazos fueron planificados (61.1%), sin embargo, de manera diferente a las mujeres de nuestro estudio, en este grupo de mujeres el porcentaje de abortos previo fue más elevado (13.2%). Por último, eCouto et al. (2016) refieren un porcentaje considerable de mujeres primíparas en su estudio (50.3%), donde además casi el 60% de los embarazos fueron planificados. No obstante, al contrario que en nuestro estudio, casi el 25% de las mujeres habían tenido un aborto previo.

Respecto a los estudios llevados a cabo mediante programas online, en general recogen pocos datos relacionados con las variables obstétricas. Haga et al. (2013) refiere que su población de mujeres y sus parejas casi el 45% eran padres primerizos. Mientras que en el estudio de Barreda, Kelman y Muñoz (2014) para las mujeres que participaron en *Mothers and Babies Course*, solo recogen la semana de gestación en el momento de la evaluación, siendo la media del periodo de embarazo en el que se encontraban de 16.6 semanas ( $DT=9.6$ ). Por su parte, O'Mahen et al. (2014) refieren que de la población de mujeres que completaron *Netmums*, el 46.3% eran primíparas.

Además de las características puramente obstétricas, se evaluó a las mujeres respecto a ciertos comportamientos relacionados con la maternidad, en nuestro caso más del 90% de las mujeres estaban asistiendo o tenían intención de asistir a los grupos de educación materno-infantil y preparación al parto y más del 80% optaron por la lactancia natural. Estos resultados siguen la línea de lo esperado puesto que, la cobertura sanitaria de la que dispone nuestra población incluye en su cartera de servicios, la asistencia a este tipo de cursos o talleres. Además, existe una corriente muy potente de promoción de los cuidados materno-infantiles y sobretodo de la lactancia materna natural. Toda esta información llega de manera muy directa y con gran impacto a la población de mujeres embarazadas de nuestro entorno socio-cultural, lo cual facilita la puesta en marcha de estas prácticas de salud materna.

Por otra parte, también la ambivalencia afectiva fue uno de los factores evaluados que reportó resultados destacables. Nuestro estudio mostró una importante proporción de mujeres que presentaba sentimientos de ambivalencia afectiva experimentada en ocasiones (57.9%) o a menudo (14.3%). No es abundante la bibliografía que informa de resultados respecto a la ambivalencia afectiva en la etapa

prenatal de manera explícita. Bales et al. (2015), encontraron que el 20.2% (n=2680) de las mujeres que no presentaban distrés psicológico durante el embarazo y el 33.1% (n=586) de las mujeres con distrés psicológico referían sentimientos ambivalentes respecto a su embarazo. Dado que la forma de evaluar los sentimientos ambivalentes en nuestro estudio y en el de Bales et al. (2015) es diferente, no podemos concluir que nuestros datos son similares a los de este estudio. Sin embargo, lo que consideramos importante es que ambos estudios señalan que los sentimientos ambivalentes son frecuentes durante el embarazo, lo que indica la necesidad de explorar este aspecto en estudios realizados en mujeres embarazadas.

En cuanto a los antecedentes médicos, se tuvo en cuenta el diagnóstico de enfermedades médicas existentes, observándose que solo un 15% de las mujeres presentó algún tipo de enfermedad física. Asimismo, se evaluaron los antecedentes de tratamiento farmacológico y el uso de psicofármacos. En estos casos, se observó que el 12.4% de las mujeres había recibido tratamiento farmacológico pautado por un psiquiatra en algún momento de su vida. Asimismo, los tipos de psicofármacos de mayor consumo entre las mujeres en algún momento de su vida fueron, los ansiolíticos con un 18%, seguido de los antidepresivos con casi un 15%. Estos datos se ajustan a la realidad de la población española, puesto que según los datos de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y 2011/2012, se aprecia un notable aumento en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos, sobre todo en las mujeres, en las que el consumo de estos fármacos pasó de un 17.5% a un 21%, mientras que el consumo de antidepresivos permaneció estable (alrededor de un 10%).

Además, también se preguntó a las mujeres si contaban con antecedentes familiares de trastornos psicopatológicos y si ellas habían recibido tratamiento psicológico en algún momento de su vida y cuál fue el motivo. En este sentido, los resultados mostraron que el 99.2% de las mujeres no presentó antecedentes psicopatológicos familiares. Sin embargo, un 23.9% de las mujeres habían recibido tratamiento psicológico, principalmente por motivos de ansiedad y depresión. Estos datos son bastante similares a los obtenidos en diferentes estudios que refieren rangos del 12.9% al 38.5% para los antecedentes de trastornos psicológicos en las mujeres embarazadas (eCouto et al., 2016; Felice et al., 2004; Glasheen et al., 2015).

Respecto a los hábitos de salud, al igual que numerosos trabajos llevados a cabo en los últimos años (Bales et al., 2015; Flynn, Marcus, Barry y Blow, 2003; Goodwin, Keyes, Simuro 2007; Lewis et al., 2011; Marcus et al., 2003) también en nuestro estudio consideramos importante evaluar el hábito y consumo de tabaco, alcohol y drogas,

tanto antes como durante el embarazo. Aunque nuestros datos muestren cifras menos elevadas de consumo durante el embarazo (10.2% de tabaco y 3.4% de alcohol) que el resto de los estudios consultados. Por ejemplo, en el trabajo de Bales et al (2015) de la población total de mujeres embarazadas de su estudio (N=15143) refieren que un 20.9% y un 35.5% de las 13271 mujeres que no presentaban distrés psicológico consumió tabaco y alcohol al menos una vez durante el embarazo respectivamente. Por su parte, Räisänen et al. (2014) también indican cifras elevadas de consumo entre las mujeres embarazadas de su estudio (N=511938), de las 507818 mujeres que no presentaban trastornos depresivos durante el embarazo, el 37.2% continuó fumando después del primer trimestre de gestación. De igual modo, resulta importante apoyar la propuesta de autores como Flynn et al. (2003) que abogan por establecer la identificación del consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo y sus factores asociados, como parte de la evaluación de la mujer, puesto que ello facilitaría la implementación de estrategias de prevención secundaria adecuadas.

A la hora de evaluar el área social de las mujeres de nuestro estudio, se incluyó en la entrevista preguntas respecto a la pareja actual y además, la valoración de la cantidad de apoyo y ayuda recibido por parte de los familiares y amigos cercanos. Además, siguiendo las recomendaciones de otros estudios (Nylen et al., 2013) a la entrevista se sumó la valoración de las mujeres sobre la calidad percibida en estas relaciones. Los resultados indican que en general, las mujeres de nuestro estudio sentían que recibían la suficiente cantidad de apoyo y ayuda por parte de su entorno social y además valoraban satisfactoriamente la relación que mantenía con los mismos. Estos resultados son similares a los reportados por otros estudios, por ejemplo, Felice et al. (2004) reportaron que el 60% (n=139) de las mujeres de su estudio se sentían apoyadas por sus parejas y el 89% (n=198) percibían un adecuado apoyo instrumental por parte de sus madres. Asimismo, Nagadla et al. (2016) referían que el 97.6% (n=281) de las mujeres de su estudio valoraban como bueno el apoyo recibido de su familia y el 96.5% (n=278) valoraba como bueno el apoyo recibido de su pareja.

Por lo que se refiere a las variables psicopatológicas, resulta interesante comentar las diferencias encontradas en algunas de las variables respecto a la población general de mujeres con la que se compara. Por una parte, las mujeres de nuestro estudio mostraron características de personalidad más funcionales (menor neuroticismo, menor psicoticismo, menor afecto negativo y mayor autoestima), pero también un mayor estilo de afrontamiento negativo (expresión emocional abierta) y menor puntuación en religiosidad, que los observados en estudios con población

general de mujeres (Sandín y Chorot, 2003). Desde hace algunos años diferentes autores (Lobel et al., 2008; Yali y Lobel 1999, 2002) se han interesado por el modo en que las mujeres manejan el estrés durante el embarazo y las posibles consecuencias del mismo. Recordemos que la estrategia de expresión emocional abierta, hace referencia a comportarse de manera hostil, agredir o insultar a los demás en un intento de solucionar los problemas. Es posible pues, que condicionado por algunas de las circunstancias propias del embarazo (labilidad emocional, dificultad para el desempeño de los roles habituales) las mujeres tengan mayor predisposición a responder de manera negativa a la hora de solucionar los conflictos que aquellas mujeres que no están embarazadas y por lo tanto no cuentan con este tipo de dificultades. La variable religiosidad hace referencia a la puesta en marcha de prácticas como rezar, acudir a la iglesia, pedir ayuda espiritual o confiar en Dios para que se solucionen los problemas. En este sentido, la utilización de esta estrategia de afrontamiento dependerá de las creencias religiosas de las mujeres y, por tanto, de cuestiones socio-culturales. Por ejemplo, en el estudio de Clements y Ermakova (2012) sugieren que el afrontamiento que implica una valoración positiva o fe religiosa está asociado con un mejor ajuste psicológico durante el embarazo.

En gran parte, las discrepancias encontradas en las variables de personalidad podrían explicarse por la diferencia de edad entre las mujeres de nuestro estudio y la de los estudios consultados. Por ejemplo, Bleidorn et al. (2016) refieren grandes similitudes entre las diferentes culturas y constatan un aumento en el nivel de autoestima de la adolescencia tardía a la edad adulta media. Estos hallazgos se corresponden con nuestros resultados puesto que, las mujeres de nuestro estudio son mayores ( $M=33$ ,  $DT=4.2$ ) a las de la población del estudio con la que se compara ( $M=21.3$ ,  $DT=5.0$ ) (Martín-Albo et al., 2007). Roberts, Walton y Viechtbauer (2006) refieren en su trabajo de meta-análisis que las personas aumentan en estabilidad emocional con los años, especialmente en la edad adulta (20-40 años), del mismo modo que el neuroticismo tiende a disminuir con la edad, hasta alcanzar niveles más estables alrededor de los 60 años. En este sentido, puede entenderse que las mujeres de nuestro estudio presenten menor puntuación en afecto negativo respecto a la muestra de mujeres del estudio con el que se compara, ya que estas últimas son más jóvenes ( $M=20.5$ ,  $DT=2.3$ ) y por tanto tienden a ser menos estables en su afectividad. Asimismo, la edad de las mujeres del estudio de baremación que refiere puntuaciones para el neuroticismo, también es menor ( $M=26.5$ ,  $DT=2.1$ ) (Ortet et al., 2008) lo que explicaría que sus puntuaciones en este rasgo fueran mayores.

Estos resultados deben ser interpretados con cautela ya que, a pesar de procurar realizar comparaciones con estudios lo más semejantes posible, en la mayoría de los casos difieren en el tamaño muestral o el rango de edad de las mujeres. Por ello, debemos seguir acumulando estudios que con mayor rigurosidad permitan comparar las características psicopatológicas y psicosociales de las mujeres en periodo prenatal con aquellas que se encuentran en otra etapa de la vida.

La evidencia reportada en las últimas décadas refiere variaciones en los datos de prevalencia de la depresión prenatal. Nuestro estudio mostró una tasa del 11% (n=26) de mujeres con EDM durante el embarazo, según la entrevista clínica SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-I; First et al., 1999). Según la EPDS (García-Esteve et al., 2003) la prevalencia de mujeres con síntomas depresivos era del 55.9% (n=132) y de acuerdo con los resultados obtenidos con el BDI-II (Sanz et al., 2003) el 73.2% de las mujeres (n=175) presentaba mínima sintomatología depresiva, el 15.9% (n=38) de las mujeres presentaba síntomas de depresión leve, el 7.9% (n=19) síntomas moderados y el 2.9% (n=7) de las participantes presentaba síntomas graves.

La mayoría de los trabajos consultados reportan porcentajes similares a los de nuestro trabajo puesto que refieren una prevalencia entre el 6-20% (p.ej, Andersson et al., 2003a; Evans et al., 2001; Felice et al., 2004; Lee et al., 2007; Melville et al., 2010; Teixeira et al., 2009). También estudios más recientes refieren cifras similares a las de nuestro estudio, por ejemplo, Yanikkerem et al. (2013) mostró una tasa del 10.9% o Shakeel et al. (2015) que obtuvo una prevalencia total del 13% y del 8.6% para las mujeres europeas occidentales. Asimismo, nuestros datos de prevalencia también se muestran acorde con algunos estudios de revisión sistemática como Bennet et al. (2004a) o Gavin et al. (2005), que refieren una tasa media de prevalencia entre el 10-20%.

En el presente estudio, los datos de prevalencia se han obtenido con los resultados de instrumentos de diagnóstico (SCID-I; First et al., 1999). Sin embargo, los resultados sugieren que en función del instrumento de screening utilizado, los datos de prevalencia pueden ser distintos. En este caso, la cifra obtenida con el EPDS refiere una tendencia a obtener más falsos positivos, posiblemente con el objetivo de asegurar la detección de las mujeres que presentan síntomas depresivos, no obstante, el valor de la especificidad de la versión de la EPDS (García-Esteve et al., 2003) utilizada para un punto de corte 10/11 es del 95.5%, condición fundamental para que la herramienta resulte eficaz. Por otra parte, los datos obtenidos con el BDI-II son prácticamente igual a la cifra obtenida mediante la entrevista puesto que las mismas mujeres que presentan síntomas

moderados y graves (10.8%) son las que reportan el 11% de prevalencia de depresión con la SCID-I.

A la hora de interpretar nuestros hallazgos es fundamental tener en cuenta que los valores de prevalencia tienden a ser mayores cuando la investigación se basa en datos obtenidos mediante instrumentos de autoinforme, frente a los datos que se obtienen al utilizar entrevistas estructuradas (Bennet et al., 2004a; Gavin et al., 2005). No obstante, es muy importante tener en cuenta que la mayoría de estudios consultados utilizan autoinformes (por ejemplo, EPDS, BDI-II, PHQ, HADS) para evaluar síntomas depresivos y en muy pocas ocasiones se evalúa clínicamente a las mujeres embarazadas a través de entrevistas estructuradas. Sin embargo, algunos de los estudios referidos, han reportado cifras de prevalencia con ambos tipos de instrumentos, mostrando importantes diferencias. Por ejemplo, eCouto et al. (2016) en su estudio demostraron diferencias en las cifras de prevalencia en función de los instrumentos utilizados en la evaluación de la depresión prenatal. Las cifras de prevalencia en el segundo y tercer trimestre de embarazo fueron con la EPDS (Santos, et al., 2007) del 33.3% (n=90) y el 27.9% (n=111) respectivamente; mediante el BDI-II (Gorenstein y Andrade, 1996) la prevalencia fue del 23.9% (n=134) y 18.3% (n=24) y finalmente con el uso de la MINI-plus (Amorim, 2000) las cifras fueron del 13.5% y el 10.1% (n=148 en ambos casos).

Podemos decir que, **la primera hipótesis** referida a la similitud en las características entre nuestra población de mujeres embarazadas y las descritas en otros estudios, se ha visto en gran parte cumplida, puesto que varios de los estudios consultados, se han llevado a cabo con población de mujeres de características similares a la nuestra. No obstante, cabe añadir que, nuestro estudio comprende un amplio abanico de variables, aportando datos sobre algunas características de la población de mujeres embarazadas que hasta ahora parecía tener menor trascendencia en los estudios, como por ejemplo, tener un seguro privado de salud complementario en población española, variables relacionadas con la conducta materna como la educación materno-infantil recibida o el tipo de lactancia deseada, la ambivalencia afectiva respecto al embarazo o la evaluación de algunas de las variables psicopatológicas como las estrategias de afrontamiento, el nivel de inadaptación o la calidad de vida. De este modo, mostramos resultados innovadores que amplían el conocimiento sobre las múltiples variables que pueden tener importancia de influir en el bienestar psicológico durante el embarazo.

## **12.2 Diferencias entre las mujeres con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos**

El segundo de los objetivos planteados en el presente estudio fue comparar a las mujeres embarazadas con y sin síntomas depresivos respecto a todas las variables del estudio, tanto las sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, área social, como las variables psicopatológicas. Respecto a este objetivo se planteó la siguiente hipótesis:

**2ª Hipótesis:** *Se obtendrán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres con síntomas depresivos y el grupo de mujeres sin síntomas depresivos en las variables sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, de relaciones sociales y psicopatológicas.*

*2.1. Las mujeres con síntomas depresivos presentarán un nivel socioeconómico más bajo, embarazo no deseado y/o no planificado, abortos previos, embarazo de riesgo y mayor ambivalencia afectiva.*

*2.2. Presentarán historia de depresión previa y mayor consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo.*

*2.3. Presentarán puntuaciones elevadas en neuroticismo, afecto negativo y ansiedad; puntuaciones bajas en extraversión, autoestima y afecto positivo.*

*2.4. Presentarán un estilo de afrontamiento negativo o desadaptativo, puntuaciones elevadas en eventos adversos estresantes y un bajo apoyo social*

Los resultados de nuestro estudio indicaron que existían diferencias significativas entre los grupos de mujeres con y sin sintomatología depresiva en la ambivalencia afectiva sobre el embarazo, en la semana de gestación en la que se encontraban las mujeres y para algunas de las variables psicopatológicas que a continuación expondremos con detenimiento.

El grupo de mujeres con síntomas depresivos mostró mayor ambivalencia afectiva experimentada a menudo, que el grupo de mujeres sin síntomas depresivos. Además, los resultados mostraron que, aquellas mujeres que sufrían a menudo ambivalencia durante el embarazo, tenían 4.7 veces mayor riesgo de presentar síntomas depresivos. Como ya hemos explicado a lo largo del presente estudio, en la etapa prenatal la mujer puede experimentar cierta susceptibilidad tanto a nivel físico como emocional, trabajos anteriores como Bowlby (1995) o Bretherton (1999) ya referían que el embarazo de la mujer supone un proceso de redefinición, en el que se puede ver modificado su modelo operativo interno. En este sentido, puede entenderse, según refieren Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo (2008), como un periodo de cambios, donde se produce una mayor permeabilidad y vulnerabilidad, en el que la mujer debe



intentar adaptarse para evitar el posible aumento en el riesgo de desarrollar problemas psicológicos importantes.

En nuestro caso, debemos tener en cuenta que la mayoría de las mujeres del estudio son primíparas (65.1%) y éste podría ser un factor a tener en cuenta. Algunos estudios apuntan que el primer embarazo genera un importante cambio en el estilo de vida de la mujer, lo cual puede conllevar sentimientos ambivalentes sobre el propio embarazo e incluso hacia el bebé, lo cual no ocurre de igual forma en embarazos posteriores, en los cuales la mujer ya es madre (Smith, 1999; Speitzer, Santelli, Afable-Munsuz y Kendall, 2004). Nuestros resultados se suman a la evidencia reportada por otros estudios recientes; por ejemplo, Bales et al. (2015) mostraron que el porcentaje de mujeres que experimentaban ambivalencia afectiva era significativamente mayor en el grupo de mujeres que presentaban distrés psicológico (OR=2.34, IC 95%: 1.67, 3.29) argumentando la importancia de la ambivalencia afectiva durante el desarrollo del embarazo y su relación con las alteraciones psicológicas. Otros estudios (Martini, Knappe, Beesdo-Baum, Lieb y Wittchen, 2010) enfatizan la importancia de evaluar los sentimientos respecto a la maternidad durante el embarazo. Meltzer-Brody et al. (2013) muestra como una percepción pobre o desvirtuada sobre el embarazo puede estar asociada a un aumento de síntomas depresivos en periodo prenatal. Nuestros hallazgos, junto a los reportados por el resto de los estudios, sugieren que la ambivalencia afectiva, es decir, la evaluación subjetiva de los sentimientos acerca del embarazo, deben ser evaluados dada su relación con los síntomas depresivos prenatales.

Por otra parte, nuestros resultados mostraron diferencias significativas entre las mujeres con y sin sintomatología depresiva respecto al periodo de gestación en el que se encontraban. Así pues, las mujeres que se encontraban entre la semana 30-36 de gestación (tercer trimestre de embarazo) tenían 2.3 veces más riesgo de presentar sintomatología depresiva comparadas con aquellas mujeres que se encontraban en la semana 16-24 de gestación (segundo trimestre de embarazo). Al igual que sugieren otros autores (Biaggi et al., 2016), nuestros resultados pueden ser debidos a un aumento del nivel de estrés al que pueden verse sometidas las mujeres cuando se acerca el momento del parto y al inicio de la maternidad. En el último trimestre del embarazo, puede que aparezcan nuevas preocupaciones relacionadas con el inicio de una nueva etapa que está próxima y a la que, en muchas ocasiones, la mujer nunca se ha enfrentado. Mientras el embarazo puede parecer un proceso al que la mujer se ha podido ir adaptando con el transcurso del tiempo, en el último trimestre, la intensificación de los síntomas físicos, la proximidad del parto y las tareas de la

maternidad, pueden resultar factores desencadenantes para el desarrollo o intensificación de las alteraciones emocionales, como la ansiedad o los síntomas de depresión. A pesar de que en ocasiones la bibliografía disponible se muestra algo contradictoria, nuestros resultados van en la línea de los estudios que indican una tendencia a que una proporción importante de mujeres presentan mayor sintomatología depresiva en el tercer trimestre de gestación en comparación con el segundo trimestre de embarazo (Bunevicius et al., 2009; Lee et al., 2007; Marchesi et al., 2009; Yanikkerem et al., 2013).

Además de los resultados comentados, recordemos que nuestra segunda hipótesis planteaba algunas posibles diferencias entre los grupos de mujeres con y sin síntomas depresivos en las que no se han encontrado diferencias significativas. Inicialmente esperamos encontrar diferencias respecto al nivel socioeconómico, sin embargo, en nuestro estudio no se hallaron estos resultados. Debemos tener en cuenta que una perspectiva global del nivel socioeconómico en una población, incluye además del nivel económico, el empleo y el nivel educativo. En nuestro caso, el estatus económico de casi el 45% de las mujeres estaba entorno a un nivel medio-bajo (que supone unas ganancias familiares entre 16000 y 30000 euros), más de la mitad de las mujeres estaban en situación de empleo activo y el 63% de las participantes tenían estudios superiores. En este caso, puede que la escasa variabilidad impida encontrar diferencias entre los grupos. En nuestro estudio, los datos sugieren que, de modo global, nuestra población de mujeres no presenta unas características socioeconómicas desfavorables, de manera que la posible influencia del nivel socioeconómico no ha sido determinante en la aparición de los síntomas depresivos. Por lo tanto, nuestros resultados no van en la línea de lo esperado ya que numerosos estudios (p.ej, Koleva et al., 2011; Räisänen et al., 2014) refieren el nivel socioeconómico como un factor determinante en la aparición de síntomas depresivos en la etapa prenatal.

Por otra parte, planteamos que las mujeres con embarazos no deseados y/o no planeados, que presentaran abortos previos o embarazos de riesgo (según su valoración obstétrica), presentarían sintomatología depresiva. En este caso, también la notable homogeneidad en las características de la muestra, puede haber influido en los resultados ya que la mayoría de las mujeres de nuestro estudio presentaban un embarazo planeado, sin antecedentes de aborto y sin riesgo significativo. No obstante, cabe añadir que, puede que las mujeres que hayan tenido abortos en embarazos anteriores, hayan recibido la atención psicológica adecuada en su momento, de modo que en un embarazo posterior cuenten con las habilidades necesarias y no manifiesten

alteraciones emocionales. Del mismo modo, es importante tener en cuenta que en nuestro sistema de salud las mujeres con un embarazo de riesgo, reciben una atención médica óptima y eficaz ajustada a las necesidades de cada caso, lo que puede ayudar a que las mujeres con embarazo de riesgo perciban que reciben los cuidados y la atención médica adecuada, lo cual a su vez puede ayudar a disipar las preocupaciones subyacentes a las alteraciones emocionales como la depresión o la ansiedad. En lo que respecta a los factores obstétricos, podemos decir que nuestros resultados se mostraron en contra de lo esperado puesto que gran parte de los trabajos consultados (p.ej, Bales et al., 2015; Nagandla et al., 2016; Rubertsson, 2003) y estudios de revisión sistemática como Biaggi et al. (2016) refieren estos factores obstétricos, especialmente el embarazo no deseado (Bayrampour et al., 2015), como determinantes significativos presentes en las mujeres con síntomas depresivos en la etapa prenatal.

En lo que respecta a los factores obstétricos, a pesar de que gran parte de los trabajos consultados (p.ej, Bales et al., 2015; Nagandla et al., 2016; Rubertsson, 2003) y estudios de revisión sistemática como Biaggi et al. (2016) refieren estos factores obstétricos, especialmente el embarazo no deseado (Bayrampour et al., 2015), como determinantes significativos presentes en las mujeres con síntomas depresivos en la etapa prenatal, la escasa variabilidad en los datos de nuestra muestra de mujeres impide ratificar la significación de estas variables entre el grupo de mujeres con síntomas depresivos.

Otro de los puntos planteados en esta hipótesis refería que aquellas mujeres con síntomas depresivos presentarían antecedentes de depresión. A pesar de ser uno de los factores de riesgo que mayor respaldo de la evidencia ha recibido en los últimos años, en nuestro estudio los antecedentes de trastornos emocionales no demostraron diferencias significativas entre los grupos de mujeres con y síntomas depresivos. En nuestro trabajo esta variable fue evaluada según la respuesta de cada mujer a la pregunta: *“En algún periodo de su vida, ¿ha recibido usted tratamiento psicológico?”* y además debían especificar si el motivo era por ansiedad, depresión u otros motivos. Asimismo, se tuvo en cuenta si la mujer había recibido tratamiento pautado por un psiquiatra y el uso de psicofármacos (antidepresivos), como variables indicativas de antecedentes de trastornos depresivos. Sin embargo, ninguna de estas variables demostró diferencias significativas. Aun teniendo en cuenta estas tres variables, puede que el modo de evaluar los antecedentes de trastorno emocional de las mujeres no haya sido lo suficientemente exhaustivo o específico en la entrevista, para encontrar diferencias entre los grupos. Quizá una valoración más concreta mediante instrumentos

específicos podría aportar información significativa respecto a las posibles diferencias esperadas entre los grupos. Sin embargo, cabe reseñar que en nuestro estudio casi el 40% de las mujeres con síntomas depresivos no tenían historia de depresión anterior, lo que puede sugerir, como también afirman otros autores (Räisänen et al., 2014) que tal vez el primer episodio de depresión ocurra durante el embarazo. En definitiva, nuestros resultados no coinciden con otros estudios (p.ej, Jonsdottir et al., 2016) y trabajos de revisión recientes (Biaggi et al., 2016; Lancaster et al., 2010) que han demostrado que los antecedentes de depresión o ansiedad antes del embarazo son un importante factor predisponente para los trastornos emocionales durante el embarazo.

Otro de los puntos de la segunda hipótesis planteaba que, las mujeres con síntomas depresivos presentarían un mayor consumo de tabaco y alcohol antes y durante el embarazo, en comparación con las mujeres sin sintomatología depresiva. Nuestros resultados no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en sus respuestas respecto al consumo antes ni durante el embarazo. Sin embargo, resulta interesante mencionar la notable diferencia en el consumo antes y durante el embarazo, tanto en el tabaco como en el alcohol. Aunque la evidencia no es del todo contundente, los hallazgos de diversos estudios (Cheng et al., 2016; Henrichs et al., 2010; Jonsdottir et al., 2016; Rosand et al., 2011) confirman que las mujeres fumadoras que sufren algún trastorno emocional o relacionado con el estrés, tienen mayor probabilidad de seguir fumando durante el embarazo. En nuestro contexto socio-cultural se espera que las mujeres embarazadas dejen de fumar y es factible que la mayoría lo logre, no obstante, aquellas que continúen fumando requieren especial atención y apoyo por parte de profesionales, de la misma forma que la necesitarán las mujeres que continúen consumiendo alcohol durante el embarazo. El contexto sanitario en el que hoy reciben la atención al embarazo las mujeres de nuestro estudio, contempla la valoración de los hábitos de tabaco y consumo de alcohol, ofreciendo información y recomendaciones sobre tratamientos psicológicos basados en la evidencia, concretamente terapia cognitivo-conductual para el abandono de tabaco (Lumley, 2009) o las intervenciones psicológicas y educativas para ayudar a reducir el consumo o lograr la abstinencia de alcohol de mujeres en etapa prenatal (Misterio de Sanidad, 2014). En nuestro caso, la disminución en la proporción de mujeres con hábitos perjudiciales podría estar relacionada con la información que éstas reciben de su entorno socio-sanitario y del personal sanitario encargado de su cuidado, por la dispensación de los tratamientos concretos que se ofrecen y por cuestiones socio-culturales relacionadas con el cuidado físico de la madre para el bienestar del futuro bebé.

Por último, en esta segunda hipótesis planteamos una serie de diferencias entre las mujeres con y sin síntomas depresivos en cuanto a las variables psicopatológicas. En este sentido, nuestros resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. Así pues, las mujeres con sintomatología depresiva presentaban determinadas características de personalidad como mayor neuroticismo, ansiedad y afecto negativo y menor nivel de autoestima. En cuanto a sus estrategias de afrontamiento, estas mujeres presentaban menor percepción de control emocional, del estrés y de la amenaza, un mayor afrontamiento centrado en la autofocalización negativa y menor capacidad de reevaluación positiva. En este grupo, las mujeres presentaban mayor severidad de los síntomas depresivos y un mayor nivel de inadaptación, lo cual se acompañó de una menor calidad de vida. Finalmente, las mujeres con síntomas depresivos mostraron una tendencia a presentar un mayor número de eventos adversos estresantes y mayor puntuación en los mismos. Del mismo modo, mostraron una tendencia a presentar un menor apoyo social por parte de todo el entorno social excepto por parte de los amigos. Nuestros resultados muestran que, en general, las mujeres con síntomas depresivos presentan, de modo significativo, un peor funcionamiento global.

Como ya se ha comentado en el marco teórico, numerosos estudios (Bayrampour et al., 2015; Bunevicius et al., 2009; Martini et al., 2015) refieren que algunos rasgos de personalidad como un nivel elevado en neuroticismo, la tendencia a estar preocupado, un estilo cognitivo negativo, la baja autoestima o la baja autoeficacia, aumentan el riesgo de experimentar alteraciones psicológicas en el periodo prenatal. En nuestro estudio las mujeres con síntomas depresivos también presentan niveles elevados de ansiedad, lo que puede ser consecuencia del solapamiento entre depresión y ansiedad. Tal y como han demostrado diversos trabajos (p.ej, Henderson y Redshaw, 2013) la comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión también puede ocurrir en la etapa prenatal. Por otro lado, de modo similar al que refieren otros autores (Dunkel-Schetter, 2011; Dunkel-Schetter y Dolbier, 2011), el hecho de que las mujeres con síntomas depresivos presenten habilidades o estrategias de afrontamiento menos eficaces, podría ser debido a que su modo de hacer frente a los cambios y demandas típicas del embarazo, pueda verse afectada por la vulnerabilidad emocional que presentan. Un hallazgo similar fue sugerido por De Tychey et al. (2004) en su estudio prospectivo con 221 mujeres embarazadas, de Francia, Suiza y Escocia. Estos autores comprobaron que, en comparación con las mujeres no deprimidas, las mujeres embarazadas que presentaban síntomas depresivos usaban estrategias de afrontamiento más desadaptativas como negación, distracción cognitiva, sentimientos

de culpabilidad y uso de sustancias, entre otros. Por otra parte, las mujeres de nuestro estudio con síntomas depresivos mostraron un menor ajuste, lo que puede significar que los síntomas depresivos dan lugar a una mayor dificultad para adaptarse a los cambios que la evolución del embarazo exige en todas las áreas de la vida, lo que acabará teniendo impacto en su calidad de vida. Estos resultados se muestran en la línea de los estudios que indican, que la depresión se asocia con un deterioro importante en la calidad de vida en la población general (Saarni et al., 2007; Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers y Murray, 2004) y en las mujeres que durante el embarazo presentan depresión (Setse et al., 2009).

Cabe añadir que la tendencia observada en las mujeres con síntomas depresivos de nuestro estudio a presentar más eventos vitales estresantes, es consistente con los hallazgos de otros estudios. Por ejemplo, Rubertsson (2003) refiere una mayor probabilidad de presentar depresión prenatal en aquellas mujeres que han experimentado eventos adversos recientes. Este hecho podría estar relacionado, como afirman también otros autores, con la propia reactividad al estrés de las mujeres ante los sucesos vividos, que a su vez podría estar condicionada por las características biopsicosociales y culturales de cada mujer (Gragic-Philippe et al., 2014).

Finalmente, nuestros resultados mostraron una tendencia en las mujeres con síntomas depresivos a presentar un menor apoyo social por parte de la familia y otras personas significativas, y también en la escala global. En este sentido, es posible que las mujeres que sufren síntomas depresivos presenten menor apoyo social por parte de su entorno. Por otro lado, también es posible que las mujeres que sufren sintomatología depresiva presenten un sesgo importante en la evaluación hacia el apoyo recibido, es decir, que su bajo estado de ánimo puede impedir que se den cuenta o acepten el apoyo ofrecido por su entorno. Este hallazgo se muestra, en parte, de acuerdo con Agostini et al. (2015) que observaron cómo las mujeres con síntomas depresivos también percibieron niveles significativamente más bajos de apoyo por parte de la familia y otras personas significativas, pero también por parte de los amigos. De igual modo, Jonsdottir et al. (2016) mostraron que las mujeres que presentaban distrés prenatal, reportaron de manera significativa, menor apoyo percibido por parte de la familia y los amigos que el grupo de mujeres que no referían distrés prenatal, sin embargo, casi todas las mujeres percibieron un fuerte apoyo de otras personas significativas. Nuestros hallazgos respecto al apoyo social, suman evidencia a las aportaciones de estos y otros trabajos, que insisten en la importancia de estudiar el peso de las diferentes fuentes de apoyo en la etapa prenatal. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que el bajo apoyo por

parte de la familia, en términos de conflicto familiar, podía predecir el inicio de la sintomatología depresiva en el embarazo (Lau, Ying y Wang, 2001). Del mismo modo, podríamos pensar que el apoyo familiar, en cuanto al apoyo económico, ayuda en el trabajo doméstico cotidiano y el apoyo emocional y psicológico, podría contribuir al aumento de la confianza en sí mismo y a la disminución de los niveles de estrés. La percepción de un adecuado nivel de apoyo general puede favorecer la estabilidad y aceptación de la utilidad de la ayuda del entorno social en épocas difíciles, como puede ser el periodo de embarazo (Lee et al., 2007).

En su conjunto, los resultados sobre las variables psicopatológicas, se suman a la evidencia presentada por otros estudios de mayor envergadura sobre la relación entre la depresión prenatal y los factores de vulnerabilidad psicológica de las mujeres (Leigh y Milgrom, 2008) y las conclusiones de los estudios de revisión reciente (Lancaster et al., 2010; Biaggi et al., 2016).

En definitiva, podemos decir que, respecto a la **segunda hipótesis** planteada obtuvimos evidencias a favor y en contra. Por una parte, no fueron del todo consistentes con la mayoría de los estudios que presentan datos sobre las diferencias sociodemográficas, obstétricas, médicas o de hábitos de salud entre las mujeres embarazadas con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos. Sin embargo, nuestros resultados sí se muestran contundentes con la evidencia actual respecto a las características psicopatológicas diferenciales entre la población de mujeres con sintomatología depresiva en el periodo prenatal.

### **12.3 Relaciones entre las variables independientes y las variables dependientes de estado de ánimo, ajuste y funcionamiento social**

En la tercera hipótesis de nuestro estudio planteamos explorar las posibles relaciones entre las variables dependientes e independientes, de manera que pudiéramos elaborar un modelo predictivo exploratorio de los factores más importantes que están asociados no solo con el estado de ánimo de la mujer, sino también con otras dos medidas, como son el ajuste y el funcionamiento social.

**3ª Hipótesis:** *Ciertas variables sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, del área social y psicopatológicas se relacionarán con el bienestar emocional y el ajuste de las mujeres evaluadas. Siguiendo estudios previos, las siguientes variables se relacionarán con peor salud emocional, menor ajuste y menor funcionamiento social:*

*3.1. El nivel socioeconómico bajo, la historia previa de trastornos emocionales, un embarazo no deseado y/o no planificado y un mayor consumo de tabaco y alcohol.*

*3.2 Puntuaciones elevadas en neuroticismo, afecto negativo, ansiedad, puntuaciones bajas en extraversión, afecto positivo y autoestima, estrategias de afrontamiento negativas o desadaptativas y mayor vivencia de eventos adversos.*

En cuanto a las variables sociodemográficas, los resultados no mostraron una relación significativa entre el estado de ánimo, ajuste o funcionamiento social con el nivel socioeconómico, pero se hallaron otros resultados destacados que argumentamos a continuación.

En nuestro estudio, las mujeres de nacionalidad española presentaron un mayor apoyo social. Es razonable pensar que las mujeres que se encuentran inmersas en su propio contexto sociocultural en el que han desarrollado su vida, cuentan con una red social más amplia. Las mujeres procedentes de otras nacionalidades pueden manifestar una mayor limitación en este aspecto, puesto que es común que se encuentren lejos de gran parte de su familia de origen y que ciertas dificultades, como puede ser la barrera idiomática o las diferencias en algunas costumbres culturales, les impida disponer de un amplio entorno social que les brinde su apoyo. Aunque en ocasiones la evidencia es controvertida, nuestros hallazgos van en la línea de estudios que refieren como las mujeres fuera de su entorno sociocultural de origen o aquellas pertenecientes a minorías étnicas, presentan una menor percepción de apoyo social (Nylen, O'Hara y Engeldinger, 2013). Por otra parte, nuestros resultados mostraron que las mujeres que no compartían hogar con sus parejas, tendían a mostrar mayor sintomatología depresiva. Es posible que la falta de convivencia en el hogar provoque en ocasiones, un



mayor malestar emocional en la mujer durante el embarazo. Como ya se ha comentado en otras ocasiones, durante la etapa prenatal la mujer puede experimentar cambios a nivel emocional e incluso sentimientos de ambivalencia que pueden requerir mayor atención por parte de la pareja. Si la pareja está ausente y no puede hacer frente a las demandas de apoyo emocional que refiere la mujer, podrían aparecer o agravarse los síntomas depresivos. Autores como Bilszta et al. (2008) refieren que la presencia de una pareja comprensiva puede actuar como un amortiguador contra las experiencias difíciles que conlleva la maternidad protegiendo la salud mental de la mujer. Diversos estudios consultados reafirman nuestros hallazgos, por ejemplo, Brittain et al. (2015) y Weobong et al. (2014), identificaron que existe mayor probabilidad de experimentar sintomatología depresiva durante el embarazo en las mujeres que no están casadas, son solteras o no comparten hogar con sus parejas.

Por otra parte, los resultados mostraron que las mujeres con una vida laboral activa tendían a presentar un mayor apoyo social por parte de las personas significativas y una mejor calidad de vida. Si la mujer valora positivamente su trabajo, seguir la actividad laboral durante el embarazo podría reportar mayor bienestar psicológico. Si el embarazo cursa con normalidad, podría ser beneficioso para la mujer seguir desempeñando su trabajo, lo cual podría reforzar su red social, sobre todo de aquellas personas que pertenecen a su entorno laboral y que son importantes y a su vez, mejorar la calidad de vida. No existe abundante evidencia que justifique la relación entre el empleo de la mujer durante el embarazo y el apoyo social o calidad de vida. No obstante, cabe destacar que la mayoría de los estudios consultados (p.ej, Balestrieri et al., 2012; Giardinelli et al., 2012) relacionan la situación de desempleo de la mujer con la aparición de síntomas depresivos en el periodo prenatal. La condición laboral de la mujer durante el embarazo es un tema importante, se corresponde con nuestra realidad social y tiene numerosas implicaciones tanto a nivel social, económico, y de salud física y mental tanto para la propia mujer como para la sociedad en general.

Respecto a las variables obstétricas los resultados mostraron que las mujeres que referían embarazos planificados presentaban un mayor ajuste marital y una tendencia a presentar menor sintomatología depresiva, mayor apoyo social y mayor calidad de vida. Teniendo en cuenta estos resultados, quizá la planificación del embarazo junto a la pareja y la consecución del mismo, favorezcan el ajuste entre ambos en el contexto del embarazo e incluso en el resto de facetas de su vida en común. De igual modo, si en la planificación del embarazo la mujer se siente apoyada por su entorno social puede que se sienta más reforzada y se muestre menos vulnerable a

experimentar alteraciones emocionales como la depresión, favoreciendo en conjunto que perciba una mejor calidad de vida. Pocos estudios ofrecen resultados de la relación entre el embarazo planificado y sus consecuencias sobre el ajuste o funcionamiento social de la mujer. La mayoría de los estudios disponibles al respecto, se centran en las consecuencias sobre las alteraciones emocionales. Por ejemplo, Bales et al. (2015) refieren que las mujeres con embarazos no planificados o no deseados, mostraban una deficiente salud mental durante el embarazo, estos autores demostraron que el distrés psicológico prenatal era más frecuente en mujeres que no habían planificado o no deseaban estar embarazadas. En este sentido también otros estudios consultados como, Brittain et al. (2015) o Redshaw y Henderson (2013) demostraron un mayor riesgo de depresión prenatal en aquellas mujeres que presentaban un embarazo no planeado o no deseado.

Además de los resultados planteados en la hipótesis, en nuestro estudio se obtuvieron otros hallazgos importantes relacionados con las variables obstétricas.

Las mujeres que se encontraban entre la semana 30-36 de gestación presentaban un menor apoyo social por parte de otras personas significativas y a su vez, una tendencia a mostrar menor apoyo por parte de la familia. Podría ocurrir que en el periodo final del embarazo y con la inevitable cercanía del parto, la mujer se encuentre físicamente más limitada y además experimente más preocupaciones relacionadas con la etapa final del embarazo, como puede ser la consecución del parto o la salud del bebé. Ante estas circunstancias puede que la mujer perciba como insuficiente el apoyo recibido y sienta una mayor necesidad de apoyo por parte de la familia y de las personas significativas que ayuden a sobrellevar las dificultades de la etapa final del embarazo. En este sentido algunos estudios, como el de Lee et al. (2007) han subrayado la especial importancia del apoyo social para proteger a las mujeres de la depresión, especialmente durante el tercer trimestre del embarazo.

Los resultados mostraron que las mujeres con ambivalencia afectiva presentaban más síntomas depresivos y mayor severidad de los mismos, mayor inadaptación y una menor calidad de vida. También mostraron una tendencia a tener un menor ajuste marital y menor apoyo social. La ambivalencia afectiva aparece asociada a una serie de sentimientos contradictorios y preocupaciones sobre el embarazo y el futuro bebé que podrían contribuir a la aparición de problemas o alteraciones más graves como la depresión. Así pues, si la mujer no es capaz de manejar de manera óptima el malestar que ocasionan los sentimientos de ambivalencia, podrían aparecer consecuencias más graves que afectaran a las diferentes áreas de la vida de la mujer,

dando lugar a una mayor inadaptación y menor calidad de vida. Por otra parte, estos hallazgos nos hacen reflexionar sobre la influencia y la presión que puede ejercer el entorno social sobre la mujer embarazada y lo que se espera de ella. En nuestro contexto sociocultural la mayor parte de la sociedad entiende el embarazo como un momento de plena felicidad, pero la mujer no siempre vive su embarazo como una experiencia positiva y satisfactoria. La falta de comprensión y la discrepancia entre lo que el entorno social más inmediato de la mujer e incluso su pareja, espera de ella y sus verdaderos sentimientos, podría dar lugar a un cierto desajuste en la pareja y al mismo tiempo una falta de apoyo social. Anteriormente hemos comentado parte de la evidencia que parece justificar la aparición de estos sentimientos de ambivalencia. No obstante, a la hora de analizar su relación con el funcionamiento psicológico global de la mujer durante el embarazo, nos encontramos que en la mayoría de los estudios que incluyen la ambivalencia afectiva, refieren relaciones sobre todo con el estado de ánimo de la mujer (p.ej, Bales et al., 2015). Nuestro estudio pone de manifiesto que la ambivalencia no solo aparece asociada a un peor estado de ánimo, sino que también afecta al ajuste y al funcionamiento social, por lo que debería recibir mayor atención de la investigación científica.

Siguiendo con los resultados de las variables obstétricas, en nuestro estudio se observó que las mujeres que acudían o manifestaron la intención de acudir a los cursos de educación materno-infantil o preparación al parto, presentaban un mayor apoyo social. Ya ha quedado constancia a lo largo del estudio de los valiosos beneficios que los grupos de profilaxis obstétrica brindan a las mujeres en la etapa prenatal. Es posible que las mujeres embarazadas que reciben este tipo de atención sanitaria, se enriquezcan del trabajo en grupo con mujeres que se encuentran en las mismas condiciones. El trabajo con iguales sumado al aprendizaje y la atención recibida de la mano de un profesional sanitario cualificado, como es el caso de los/as matronas, puede hacer que la mujer se sienta más apoyada por todo su entorno social puesto que en ocasiones, ciertos aspectos de la educación implica a otros miembros de la familia, especialmente la pareja. Puede que aquellas mujeres que manifiestan su intención, pero todavía no han iniciado la actividad, anticipen los beneficios que obtendrán de los mismos y se vean reforzadas por su entorno. Nuestros resultados suman evidencia a la importancia de la educación materno-infantil y sus beneficios. Autores como Barlow y Core (2004) sugieren que los programas de educación maternal pueden jugar un papel clave en la promoción de la salud mental de las madres. Algunos estudios han demostrado los beneficios del trabajo grupal en las mujeres embarazadas (Lara et al., 2003). La

educación prenatal favorece la comprensión de los padres de cuáles son sus necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el parto y la paternidad (Gagnon y Sandall, 2008). Siguiendo la misma línea que otros estudios (Chávez-Courtois et al., 2008; Lara et al., 2003) podemos reconocer la importancia de los cursos como herramienta de apoyo para las mujeres embarazadas. En este sentido, es necesario reconocer la importancia de realizar este tipo de cursos por parte de los organismos públicos responsables en salud, como una opción factible para la mejora no solo práctica, sino también en materia de salud mental en la transición a la maternidad.

En cuanto a las variables obstétricas nos queda comentar los resultados respecto a la condición de paridad de la mujer. Los resultados mostraron que las mujeres multíparas referían una tendencia a mostrar menor ajuste marital, menor apoyo social, mayor inadaptación y peor calidad de vida. Estos resultados podrían explicarse por el hecho de que las mujeres embarazadas que tienen más niños a su cargo, pueden verse sometidas a una mayor carga de trabajo y por tanto, una mayor dificultad para cumplir todos sus roles, lo que sumado a las limitaciones físicas que supone el embarazo, podría provocar un desajuste a nivel de la pareja. Además, bajo estas condiciones puede que la mujer embarazada no perciba la ayuda suficiente por parte de su entorno social. Esta condición podría repercutir en que la mujer se sintiera menos adaptada a la situación en el resto de áreas de su vida, dando lugar a una menor percepción de su calidad de vida. Aunque la evidencia es a menudo contradictoria, nuestros resultados van en la misma dirección que la mayoría de los estudios consultados, los cuales refieren que, las madres multíparas se ven sometidas a mayores dificultades y presentan mayor predisposición a experimentar trastornos psicológicos durante el embarazo (Bales et al., 2015; Dayan et al., 2010; Koleva et al., 2011). No obstante, mientras la investigación actual se focaliza en las repercusiones sobre el estado de ánimo, nuestros resultados van más lejos, aportando datos sobre el ajuste y el funcionamiento social, facetas que, por su importancia en el bienestar psicológico de la mujer, deberían recibir mayor atención por parte de la investigación.

Por lo que se refiere a los antecedentes médicos, la hipótesis planteaba que las mujeres con antecedentes de trastorno emocional en algún periodo de su vida, presentarían alteración del estado de ánimo, un peor ajuste y peor funcionamiento social. Los resultados mostraron una tendencia en aquellas mujeres que no presentaban antecedentes de tratamiento psicológico previo a presentar un mejor funcionamiento social, ya que referían un mejor ajuste marital y mejor apoyo social. En este sentido interpretamos que las mujeres que no han necesitado tratamiento psicológico anterior,

puede que se vean más reforzadas durante la etapa del embarazo y ello facilite un buen ajuste con la pareja íntima a la vez que perciban un mayor apoyo social. Del mismo modo, los resultados también mostraron una tendencia en las mujeres que en algún momento habían tomado antidepresivos a presentar mayor severidad de los síntomas depresivos y menor calidad de vida. En este sentido haber recibido tratamiento con antidepresivos puede interpretarse como un antecedente de trastorno emocional. Es razonable pensar que, en la mayoría de las ocasiones, las mujeres que han tomado antidepresivos en algún momento a lo largo de su vida, han sufrido problemas emocionales graves y un profesional médico ha pautado dicho tratamiento. De este modo, nuestros resultados se muestran de acuerdo con la evidencia disponible (p.ej, eCouto et al., 2016; Jeong et al., 2013; Martini et al., 2015; Shakeelet al., 2015) que refiere los antecedentes de trastornos emocionales o relacionados con el estrés y los antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo, como uno de los factores de mayor riesgo para la aparición de trastornos emocionales durante la etapa prenatal.

En cuanto a los hábitos de salud, en la hipótesis se planteaba que las mujeres con mayor alteración en su estado de ánimo, un menor ajuste y peor funcionamiento social, presentarían un consumo significativo de alcohol y tabaco antes o durante el embarazo. Nuestros resultados no mostraron relaciones significativas al respecto ni antes ni durante el embarazo. Por una parte, podemos pensar que el consumo habitual de tabaco y el consumo ocasional de alcohol, son prácticas comunes en nuestra sociedad. Según los datos proporcionados por La Encuesta Europea de Salud en España (2014) el 18.6% de las mujeres mayores de 15 años consumen tabaco a diario, mientras que el 13.6% consumen alcohol 1 o 2 veces por semana. Además, el 65.1% de las mujeres entre 25-34 años y el 65.5% de las mujeres entre 35 y 44 años refieren consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Datos bastante similares a los de nuestra población de mujeres antes del embarazo, donde refieren un consumo de tabaco el 33.1% de las mujeres y de alcohol el 56.1%. Por otro lado, si nos ceñimos al periodo del embarazo, los consumos se reducen drásticamente, siendo el 10.2% de mujeres que continúan con el hábito de fumar y solo el 3.4% de las mujeres que consumen alcohol de manera ocasional (0-5 veces por semana) lo cual implica un número muy reducido en la muestra para poder ratificar la hipótesis planteada.

A pesar de que algunos estudios refieren una relación significativa entre el consumo de tabaco y los síntomas depresivos (Fellenzer y Cibula, 2014; Jeong et al., 2013) o el consumo de alcohol y la sintomatología depresiva prenatal (Bales et al., 2015) la evidencia no es del todo concluyente y los estudios de revisión como el de Lancaster

et al. (2010) o las revisiones más recientes, como la de Biaggi et al. (2016) insisten en la necesidad de aumentar la investigación al respecto, sobretudo en la direccionalidad de la relación entre el desarrollo de conductas perjudiciales para la salud y la aparición de los síntomas de depresión, para intentar esclarecer si son causa o aparecen como consecuencia de los trastornos emocionales.

Junto a los resultados descritos cabe añadir los hallazgos acerca de la valoración subjetiva de las mujeres sobre su área social. Recordemos que durante la entrevista online del programa MMF, las mujeres eran evaluadas acerca de la cantidad de apoyo y ayuda recibidos por su entorno social y sobre la calidad de sus relaciones sociales y familiares. Los resultados mostraron que aquellas mujeres con una valoración alta en la cantidad de apoyo y ayuda recibida, presentaban menor severidad en los síntomas depresivos, mayor nivel de adaptación y calidad de vida y además se correspondía con un mejor funcionamiento social, tanto de ajuste con la pareja como con el entorno social. De igual forma, las mujeres que valoraban favorablemente la calidad de sus relaciones sociales mostraban una tendencia a presentar un mayor apoyo por parte de todo su entorno social. Estos hallazgos parecen ser indicativos de que no solo una óptima valoración sobre la cantidad del apoyo recibido sino también de la calidad de las relaciones sociales, favorecen una mejora general de la mujer durante el embarazo, tanto en su estado de ánimo como en su ajuste y funcionamiento social. Además, se confirma una reciprocidad con las medidas de autoinforme sobre el apoyo social, de manera que, las mujeres que valoraban favorablemente la cantidad de apoyo y ayuda recibido y la calidad de sus relaciones, también tenían una mayor percepción de apoyo. El análisis de toda la información obtenida respecto al apoyo social, nos lleva a pensar que, la óptima valoración de la cantidad del apoyo y ayuda recibidos y la calidad de las relaciones sociales, podría repercutir en una mejora del estado de ánimo de la mujer y favorecer su nivel de ajuste, tanto en su adaptación general en los diferentes ámbitos de la vida, como en una mejor percepción de la calidad de vida durante el transcurso de su embarazo. En este sentido nuestros resultados aportan datos novedosos puesto que, la mayoría de los estudios refieren resultados sobre la medida del apoyo social y su relación con el estado de ánimo, considerando que la falta de apoyo social puede ser uno de los factores de riesgo más destacados para la aparición de la depresión prenatal (p.ej, Leigh y Milgrom, 2008; Martini et al., 2015; Stewart et al., 2014). Sin embargo, pocos son los estudios que reparan en la evaluación tanto de la cantidad del apoyo como de la calidad de las relaciones sociales de las mujeres en la etapa prenatal y su relación con el bienestar psicológico. Condición que en nuestro estudio ha demostrado

cierta importancia, así pues, este hallazgo se muestra de acuerdo con Nylen et al. (2013) que sugieren que la valoración de aspectos específicos como la frecuencia y la adecuación del apoyo recibido son necesarios puesto que podrían afectar de forma única en la experiencia del embarazo de la mujer. Además, haciendo referencia al apoyo proporcionado por la pareja, estudios como el de Lawrence et al. (2008) apuntan que no solo es importante la prestación de apoyo, sino más bien la percepción por parte de la mujer, de si el apoyo recibido es adecuado, considerando como adecuado tanto la preferencia por como la recepción de las conductas de apoyo.

En último lugar, en ésta tercera hipótesis se sugería la existencia de asociaciones significativas entre las puntuaciones de algunas de las variables psicopatológicas y una peor salud emocional, un menor ajuste y un bajo funcionamiento social. Nuestros resultados se mostraron totalmente de acuerdo con la hipótesis planteada.

En cuanto a las variables de personalidad, cabe esperar que aquellas mujeres que, de manera predominante, su manera de ser, de pensar y de interactuar sea más inestable, tiendan a experimentar pensamientos negativos o preocupación constante, sufran niveles elevados de ansiedad y predisposición a experimentar emociones negativas (por ejemplo, ira, culpa o miedo), manifiesten una mayor vulnerabilidad que aumente el riesgo de aparición de síntomas depresivos. A su vez, estas mujeres pueden experimentar, durante el embarazo, mayores dificultades para adaptarse en las diferentes áreas de la vida, como el trabajo, la vida familiar o el tiempo de ocio en este periodo. Además, la predisposición a experimentar ese malestar emocional podría también interferir en el funcionamiento social, dando lugar a un menoscabo en las relaciones sociales y de pareja. Por el contrario, nuestros hallazgos también demostraron que las mujeres con rasgos de personalidad caracterizados por, un nivel alto en extraversión, la tendencia a experimentar estados emocionales positivos (alegría, entusiasmo, sentirse activa y con energía) y un alto nivel de autoestima, presentaban un mejor funcionamiento global durante el periodo del embarazo. En este caso, las mujeres con este rasgo de personalidad podrían estar más protegidas frente a los desajustes en su estado emocional, favoreciendo un mayor nivel de adaptación al embarazo en todas las facetas de la vida, lo que repercutiría en una mayor calidad de vida, incluido un adecuado funcionamiento social y de pareja.

Estos resultados van en la línea de lo reportado en la mayoría de los estudios que analizan algunas de las variables de personalidad y la sintomatología depresiva, en los que refieren que el neuroticismo podría considerarse uno de los factores de riesgo más fuertemente relacionados con la depresión prenatal (p.ej, Bayrampur et al., 2015;

Bunevicius et al., 2009; Podolska et al., 2010). Asimismo, la bibliografía actual refiere que rasgos de personalidad como la extraversión (Podolska et al., 2010) o un nivel óptimo de autoestima (Shloim et al., 2015) actúan como factores protectores indicando buen estado de salud mental durante el embarazo. Por ejemplo, Lee et al. (2007) demostraron que las mujeres con un bajo nivel de autoestima están más desprotegidas para hacer frente a la multitud de estresores del embarazo y, por lo tanto, son más propensas a experimentar síntomas depresivos y ansiedad en esta etapa. Por otra parte, el estudio de meta-análisis con población general de Steel, Schmidt y Shultz (2008), ha demostrado que las características de personalidad están relacionadas con el bienestar subjetivo, que en cierto modo puede incluir componentes de ajuste e interacción social. En este sentido, nuestros resultados van en la misma dirección, pero suponen un hallazgo novedoso con importantes implicaciones ya que, podemos suponer que evaluar las características de personalidad de la mujer en el embarazo no solo podría resultar beneficioso a la hora de implementar prácticas de prevención de los trastornos emocionales, sino que también podría repercutir en el desarrollo de actividades preventivas orientadas a mejorar la adaptación al embarazo, aumentar la calidad de vida y mejorar el funcionamiento social. Es por ello que merece ser explorado con detenimiento en investigaciones futuras.

Como ya hemos adelantado en líneas anteriores, también los resultados respecto a las variables de afrontamiento van en la dirección esperada, no obstante, resulta interesante prestar atención a varias cuestiones. Los resultados mostraron que aquellas mujeres con alta percepción de control tanto emocional, de la amenaza, del estrés y de manera global, referían menor presencia e intensidad de síntomas depresivos, mayor adaptación, mayor calidad de vida y un mejor funcionamiento social. En el contexto de la etapa prenatal, la mujer está expuesta a numerosos cambios individuales, que como ya sabemos, ocurren tanto a nivel físico y psicológico, como en la manera de interactuar socialmente y adaptarse a la realidad del momento. Es por ello que, las mujeres que demuestran una adecuada percepción de control ante las situaciones y los cambios, tanto internos como externos, que pueden resultar amenazantes en la etapa prenatal, podrían ver facilitado su ajuste psicológico y favorecer su desarrollo personal en el transcurso del embarazo. Siendo más específicos, podríamos advertir que las mujeres que presentan una buena capacidad de regulación de las propias emociones, que creen que pueden ejercer cierto control ante los problemas y que afrontan de modo adecuado las situaciones estresantes, presentan menores niveles de ansiedad y, por tanto, mejor estado de ánimo durante el embarazo.



Esto influiría en la mejor adaptación de la mujer en todas las áreas de su vida, incluida las relaciones sociales y de pareja y, en definitiva, incrementaría su calidad de vida. La evidencia disponible se muestra en gran parte de acuerdo con nuestro planteamiento respecto al estado de ánimo, numerosos estudios refieren que en la aparición de trastornos emocionales están implicados los procesos de percepción de control de la ansiedad (Chapman, Kertz y Woodruff-Borden, 2009; Chorpita y Barlow, 1998).

Si por otro lado, nos detenemos en explorar qué ocurre con el repertorio de estrategias de afrontamiento de la mujer en la etapa prenatal, es fundamental reparar en dos aspectos. En primer lugar, hemos visto que las mujeres embarazadas que en su repertorio conductual contaban con ciertas estrategias de afrontamiento, consideradas activas o positivas (la búsqueda de apoyo social, la focalización en la solución del problema o la reevaluación positiva) referían menor presencia y severidad de los síntomas depresivos, mayor adaptación y calidad de vida, mayor ajuste marital y más apoyo social. Puede que las mujeres que a la hora de enfrentarse a las dificultades y los problemas propios del embarazo, tengan la capacidad de dar respuesta mediante la búsqueda de consejo o información a familiares y amigos, expresándoles sus preocupaciones y sentimientos, aquellas que tengan la capacidad de analizar las causas del problema y poner en marcha soluciones factibles y aquellas mujeres que intentan obtener algo positivo de las situaciones problemáticas, presentarán con mayor facilidad un buen ajuste global. Estas habilidades a la hora de gestionar los problemas podrían favorecer un adecuado estado emocional, ayudando a su vez a valorar de modo óptimo sus relaciones sociales y de pareja facilitando un buen nivel de calidad de vida. Además de lo comentado hasta el momento, llama la atención que también la evitación como estrategia de afrontamiento, se mostró asociada a una menor severidad de los síntomas depresivos, mejor ajuste y funcionamiento social. En este sentido cabe señalar que, a corto plazo las estrategias de evitación pueden resultar útiles para manejar el malestar psicológico. Así pues, las mujeres que, ante ciertos problemas o dificultades durante la etapa prenatal, ponen en marcha estrategias como, realizar actividades distractoras, no pensar en el problema o practicar algún deporte adaptado a su periodo de gestación, podría ayudarles a disminuir, durante un corto periodo de tiempo, la intensidad de sus emociones. Esto sería así siempre y cuando la mujer finalmente abordara adecuadamente el problema que le genera el malestar, dado que, las conductas de evitación no son conductas adaptativas para la regulación de las emociones (Brown y Barlow, 2009). En segundo lugar, nuestros resultados demostraron asociaciones significativas entre estrategias de afrontamiento negativas y un peor funcionamiento

global. Así pues, la estrategia de expresión emocional abierta y autofocalización negativa, demostraron estar asociadas a una mayor presencia y severidad de síntomas depresivos, mayor inadaptación y peor calidad de vida e incluso un bajo funcionamiento social. En este sentido cabe pensar que, las mujeres que intentan dar respuesta a las dificultades mediante comportamientos hostiles, que descargan el mal humor con los demás y que sienten indefensión e impotencia frente a algunos de los problemas que están viviendo durante su embarazo (quedarse sin empleo o tener a su cargo más hijos), podrían desarrollar una mayor vulnerabilidad a presentar y mantener los síntomas depresivos (Faisal-Cury et al., 2012), mayor dificultad para lograr una adaptación adecuada a los cambios propios del embarazo y mayor interferencia en las relaciones sociales y familiares. En líneas generales, nuestros resultados siguen la línea de la mayoría de los estudios consultados (p.ej, Clements y Ermakova, 2012; Pakenham et al., 2007; White, et al., 2008), los cuales refieren que respuestas de afrontamiento adaptativas y de crecimiento personal se vinculan a un mayor bienestar psicológico, menor sintomatología depresiva y una menor angustia global relacionada con el embarazo. No obstante, como hemos visto, nuestros hallazgos indicaron que la estrategia de evitación podría reportar resultados favorables a la mujer durante su embarazo, sin embargo, numerosos estudios (Faisal-Cury et al., 2012; Giurgescu, Hamilton y Lobel, 2008; Rodríguez, 2009) refieren que la evitación puede estar asociada a resultados adversos en la salud mental de la mujer en el embarazo, por ejemplo, una mayor angustia, estado de ánimo depresivo, mayor ansiedad y mayor estrés percibido. No debemos olvidar que, en este sentido, la evidencia ha demostrado a lo largo de los años que la solución activa de problemas se asocia con un mejor estado emocional (Folkman y Lazarus, 1988), por ello, se supone que las personas comienzan a sentirse mejor cuando se enfrentan al problema que está causando su angustia.

Finalmente, en la tercera hipótesis se plantea la existencia de relaciones significativas entre la vivencia de eventos adversos y una peor salud emocional, un menor ajuste y un bajo funcionamiento social. En nuestro estudio, la evaluación respecto a los eventos adversos se realizó teniendo en cuenta tanto la puntuación obtenida en el instrumento utilizado (EAVE), como el número de sucesos adversos que había experimentado cada mujer. Nuestros resultados mostraron que aquellas mujeres con puntuaciones altas en eventos adversos referían un peor ajuste marital. Además, las mujeres que no solo puntuaban alto en eventos adversos, sino que referían también mayor número de sucesos adversos vividos, tenían tendencia a presentar mayor severidad de síntomas depresivos, mayor inadaptación y un nivel de calidad de vida más

bajo. Nuestros resultados se muestran en la línea de la mayor parte de los estudios consultados que determinan que la vivencia de eventos estresantes está asociada al aumento de los síntomas depresivos prenatales (p.ej, Bergner et al., 2008; Holzman et al., 2006) y que también el número de eventos estresantes vividos se asocia a niveles elevados de síntomas depresivos (Rubertsson, 2003). No obstante, a la hora de interpretar los efectos de los eventos adversos, la evidencia actual indica la importancia de tener en cuenta que, no todos poseen la misma magnitud, pudiendo diferenciar entre eventos estresantes menores (problemas familiares o conflictos laborales) o mayores (muerte de un ser querido o agresión sexual) y que su interpretación y sus repercusiones van a estar influenciadas por las características personales de la mujer, sus habilidades de afrontamiento, su historia biográfica, su personalidad y el contexto social familiar y cultural (Gragnic-Philippe et al., 2014). Es posible que aquellas mujeres que hayan experimentado sucesos estresantes, muestren mayor vulnerabilidad ante la aparición de síntomas depresivos, ya que tal y como afirma Gragnic-Philippe et al. (2014) dichas experiencias han podido afectar en la capacidad de reactividad al estrés lo que, a su vez, puede estar relacionado con el estado de ánimo. En nuestro estudio además, los eventos adversos se relacionaron con el ajuste marital, la inadaptación y la calidad de vida. En este caso, es posible que, en el contexto del embarazo, las alteraciones en la capacidad de reactividad al estrés tengan repercusiones más allá del estado de ánimo y puedan intervenir en áreas más generales de la vida de la mujer, afectando a su relación de pareja y su capacidad de adaptación, repercutiendo en su calidad de vida. Numerosos estudios recientes (p.ej, Gavin et al., 2011; Melville et al., 2010; Shakeel et al., 2015) avalan la relación entre la experiencia de eventos adversos estresantes y los síntomas depresivos como un importante factor de riesgo. No obstante, los trabajos de revisión que recogen estos hallazgos (Biaggi et al., 2016; Lancaster et al., 2010) insisten en la necesidad de seguir investigando para conocer su verdadero impacto en la salud mental de la mujer en la etapa prenatal y los factores mediadores que pueden intervenir en sus consecuencias.

En definitiva, nuestros resultados demuestran que la **tercera hipótesis** planteada se ha visto cumplida de manera parcial. Por una parte, no todas las variables sociodemográficas, obstétricas, médicas o de hábitos de salud propuestas a priori, han demostrado relación como esperábamos, sin embargo, se han hallado más asociaciones entre este tipo de variables que han enriquecido nuestro estudio. Por otra parte, el supuesto planteado respecto a la asociación entre el funcionamiento global de las mujeres y las variables psicopatológicas sí se ha cumplido según lo esperado.

Debemos destacar que, nuestro estudio enriquece a la literatura científica actual, puesto que más allá de mostrarse de acuerdo con los estudios de revisión recientes sobre los factores relacionados con el estado de ánimo (Biaggi et al., 2016; Lancaster et al., 2010), aporta resultados entre la relación de un conjunto de variables independientes (de personalidad, afrontamiento y vivencia de eventos adversos) y dos nuevas variables dependientes relacionadas con la salud mental y el bienestar de las mujeres embarazadas como son, el ajuste que incluye el nivel de inadaptación y la calidad de vida y el funcionamiento social, que engloba el ajuste con la pareja y el apoyo social. Mostrando que, como hemos explicado, las mujeres con mayor extroversión, con estrategias de afrontamiento positivas y menos antecedentes de eventos adversos, presentan un mayor nivel de adaptación y calidad de vida y un mejor funcionamiento social.

#### ***12.4 Factores asociados a la salud mental en el periodo prenatal de la mujer***

Siguiendo con la hipótesis planteada acerca de las relaciones entre las variables independientes y dependientes del estudio, tal y como ya se ha descrito en el marco experimental, se realizaron cálculos de regresión multivariante con el objetivo de explorar qué factores se asociaban con la salud mental de las mujeres embarazadas.

Los análisis realizados en nuestro estudio han demostrado la relación de numerosas variables independientes con las tres variables dependientes protagonistas en esta investigación: la sintomatología depresiva, el ajuste y el funcionamiento social. A partir de este punto, hemos intentado establecer un modelo parsimonioso de factores asociados que expliquen una proporción adecuada de cada una de las variables dependientes.

En cuanto a la presencia de síntomas depresivos, el modelo de regresión final demostró que el 30% de la varianza de la variable dependiente (EPDS) se explicaba por la ambivalencia afectiva, el neuroticismo, el nivel de ansiedad rasgo y la autoestima. En lo que se refiere a la severidad de los síntomas depresivos, el modelo final de regresión mostró que el 52% de la varianza de la variable dependiente (BDI-II) quedaba explicada por: el estado civil, la ambivalencia afectiva, la extraversión, el neuroticismo, el nivel de ansiedad rasgo, la autoestima, el afecto positivo y negativo, el control de la ansiedad y dos de las estrategias de afrontamiento (evitación y autofocalización negativa). A la vista de estos resultados podríamos plantear que, a pesar de haber obtenido múltiples

relaciones significativas entre las medidas de estado de ánimo (EPDS y BDI-II) y las numerosas variables independientes en los análisis anteriores, aquí se propone la existencia de un conjunto de factores, que por su fuerza de asociación y la cantidad de varianza que explican, deberían ser centrales a la hora de evaluar el estado de ánimo de las mujeres en el periodo prenatal. Así pues, los sentimientos de ambivalencia, ciertas características de personalidad como el neuroticismo, la extraversión, la ansiedad rasgo, el nivel de autoestima, el afecto positivo y negativo e incluso el tipo de afrontamiento o el estado civil, podrían ser factores determinantes asociados a la aparición y gravedad de los síntomas depresivos en la etapa prenatal. La similitud con otros estudios debe realizarse con cautela puesto que existen diferencias metodológicas, como el tipo de análisis de regresión utilizado, que pueden afectar a los resultados. No obstante, debemos destacar que, nuestros hallazgos son semejantes a los encontrados en otros estudios que proponen modelos predictivos de la depresión prenatal. Por ejemplo, Leigh y Milgrom (2008) refieren en su estudio un modelo de siete factores predictores para la depresión prenatal (baja autoestima, nivel de ansiedad prenatal, bajo apoyo social, estilo cognitivo negativo, eventos vitales estresantes, bajo nivel económico e historia de abusos) que explicaba el 78% de la varianza en depresión (puntuación en el BDI-II). Sin embargo, la investigación es diversa a la hora de proponer el tipo de variables relacionadas con la depresión prenatal, por ejemplo, Koleva (2011) analizó en su estudio la relación entre un grupo de variables sociodemográficas y obstétricas y la sintomatología depresiva prenatal. De este modo, obtuvo en su análisis de regresión un modelo con 9 predictores de la depresión prenatal (semana de embarazo, nivel educativo, nivel económico, lugar donde recibe atención sanitaria, compartir hogar con la pareja íntima, situación de empleo activo y número de abortos espontáneos o mortinatos) que explicaban el 15.3% de la varianza de los síntomas depresivos (puntuación del BDI-II). No obstante, los estudios de revisión consultados, como Lancaster et al. (2010) o Biaggi et al. (2016) no solo hacen referencia al conjunto de factores de riesgo relacionados con los síntomas depresivos prenatales, sino que recogen aquellos factores que la evidencia ha demostrado que son predictores independientes de la depresión prenatal. Algunos de ellos coinciden con los hallados en nuestro estudio, por ejemplo, el neuroticismo (p.ej, Podolska et al., 2010; Bunevicius et al., 2009; Zeng et al., 2015) y el nivel de ansiedad (Leigh y Milgrom, 2008; Verreault et al., 2014; Zeng et al., 2015). También coinciden algunos de los factores considerados protectores, como son el nivel de autoestima (Leigh y Milgrom, 2008; Martini et al., 2015; Ritter et al., 2000) o el afrontamiento activo (Zeng et al., 2015). Cabe añadir que la

investigación actual refiere factores predictores que no hemos hallado en nuestro estudio como son: la historia previa de trastornos emocionales (p.ej, Shakeel et al., 2015; Räisänen et al., 2014; eCouto et al., 2016) o el embarazo planeado (Bayrampour et al., 2015; Bunevicius et al., 2009; Lee et al., 2007). Al igual que referíamos anteriormente, es posible que la falta de una exploración exhaustiva de los antecedentes psicopatológicos haya podido influir en la identificación adecuada de las mujeres con y sin historia de trastornos emocionales, dificultando el hallazgo de relaciones significativas al respecto. Por otra parte, es posible que el escaso porcentaje de mujeres que no han planificado su embarazo haya impedido que los resultados puedan ser rigurosos. Sin embargo, en nuestro estudio estos dos factores sí han demostrado asociación con el ajuste y el funcionamiento social como veremos a continuación.

Como ya hemos explicado desde el inicio del presente estudio, uno de los objetivos planteados fue explorar no solo los factores asociados a la sintomatología depresiva sino también al ajuste y el funcionamiento social de las mujeres durante el embarazo.

El interés en nuestro estudio por indagar en los factores asociados al ajuste psicológico (desde la perspectiva del nivel de inadaptación y la calidad de vida) de la mujer en el periodo prenatal, nace de la propia trascendencia que supone el embarazo y el nacimiento de un hijo/a para la propia mujer y también en la mayoría de las ocasiones, para su entorno familiar y social. Como ya ha quedado constancia en el marco teórico del presente estudio, el embarazo puede suponer un acontecimiento de gran relevancia y repercusión en muchas de las áreas de la vida de la mujer. Siendo así, es razonable pensar que el embarazo puede devenir en una situación susceptible de provocar un desajuste en la vida cotidiana tanto a nivel global, como en áreas concretas (trabajo o estudios, vida social, relación de pareja, vida familiar o tiempo libre) viéndose afectado también su nivel de calidad de vida. Siendo ésta última igual de importante, ya que, tal y como refiere el estudio de meta-análisis reciente de Kolovos, Kleiboer y Cuijpers (2016), la calidad de vida y los síntomas depresivos son dos constructos distintos que pueden ser evaluados como resultados diferentes. Es por ello que, resulta interesante y enriquecedor abordar el estudio de los factores asociados al nivel de ajuste en la etapa prenatal.

Por lo que se refiere al nivel de inadaptación, el modelo de regresión final demostró que el 27.4% de la varianza de la variable dependiente (EI) se explicaba por el número de sucesos vitales estresantes vividos, la ambivalencia afectiva, la cantidad de

apoyo y ayuda recibido y el afrontamiento negativo (expresión emocional abierta y autofocalización negativa). En este caso, los resultados mostraron que el ajuste parece estar asociado tanto a variables de carácter interno (ambivalencia, el tipo de afrontamiento), como a variables sociales (apoyo y ayuda recibida) o de carácter externo (eventos adversos estresantes). En este sentido, podemos pensar que, el nivel de adaptación en las diferentes áreas de la vida en el contexto del embarazo está condicionado por factores de diferente índole, siendo algunos de ellos (el estilo de afrontamiento, el apoyo social o la regulación emocional) susceptibles de mejorar para alcanzar una adaptación a la etapa prenatal lo más adecuada posible.

En cuanto a la calidad de vida, el modelo final de regresión mostró que el 46% de la varianza de la variable dependiente (IQL) se explicaba por: ambivalencia afectiva, antecedentes de tratamiento con antidepresivos, cantidad de apoyo y ayuda recibido, el afecto negativo y varios estilos de afrontamiento negativo (expresión emocional abierta y autofocalización negativa) y positivo (reevaluación positiva). Nuestros resultados sugieren que el bienestar físico, emocional, social, personal y espiritual que engloba la calidad de vida en este periodo, podrían estar determinados en gran parte por los factores hallados. De este modo, factores internos como, los sentimientos de ambivalencia, el afecto negativo, los antecedentes de trastornos emocionales, las estrategias de afrontamiento negativas y factores externos como los eventos adversos estresantes podrían estar implicados de manera determinante en el desajuste mientras que, factores de carácter social como contar con la cantidad adecuada de apoyo social y un estilo de afrontamiento positivo podría favorecer el ajuste de la mujer en su transición a la maternidad.

Actualmente, no existe evidencia que permita demostrar concordancia con nuestros hallazgos, por lo que los resultados que brindamos suponen un punto de partida que puede permitir ampliar los conocimientos en la salud mental de las mujeres embarazadas. No obstante, es imprescindible acumular investigación en relación a estos hallazgos, que verifiquen la fuerza de las variables como factores asociados al ajuste en el periodo prenatal de la mujer y de este modo empezar a desarrollar intervenciones que ayuden a paliar los factores de riesgo y potencien los factores protectores.

Por último, en nuestro estudio hemos intentado explorar los factores asociados al funcionamiento social de la mujer durante el embarazo desde la perspectiva del ajuste en la relación de pareja y el apoyo social percibido.

Desde hace algunos años impera la idea de que el apoyo social es un factor clave del contexto psicosocial de la mujer durante el embarazo y además modificable (Nylen,

O'Hara y Engeldinger, 2013), sin embargo, la investigación ha girado siempre alrededor de su relación con los trastornos emocionales, demostrando fuertes asociaciones entre la percepción de un alto nivel de apoyo social y una menor probabilidad de presentar depresión en las mujeres en el periodo prenatal (Agostini et al., 2015; Lancaster et al., 2010). Por sus posibles implicaciones más allá de las alteraciones emocionales, en el presente estudio hemos abordado el análisis del funcionamiento social como variable dependiente desde el ajuste marital y el apoyo social percibido.

Nuestros resultados respecto al modelo de regresión final para la relación marital, demostró que el 30% de la varianza de la variable dependiente (Ajuste Marital) se explicaba por la condición de paridad de la mujer (primípara/múltipara), antecedentes de tratamiento psicológico previo, embarazo planificado, cantidad de apoyo y ayuda recibido, afecto positivo, estrategias de afrontamiento positiva (búsqueda de apoyo social), y los eventos vitales estresantes. Estos resultados sugieren que, los aspectos relacionados con la personalidad de la mujer como, contar con una actitud abierta y positiva, con una buena predisposición a buscar ayuda ante los problemas, sumado a una adecuada cantidad de apoyo y ayuda recibida y haber planificado el embarazo (probablemente con la pareja), podrían ser factores clave para conseguir un buen nivel de ajuste con la pareja durante el embarazo. Estos factores podrían resultar protectores para el bienestar de la pareja ante las demandas del embarazo, manteniendo fuertes sus lazos a la hora de convertirse en padres. Por el contrario, contar con antecedentes de tratamiento psicológico, tener más niños a cargo (madre múltipara) y los eventos adversos estresantes, parecen ser factores capitales en el deterioro de la relación entre la mujer y su pareja durante el embarazo. Es posible que las mujeres con antecedentes de alteraciones emocionales o que hayan vivido eventos adversos estresantes, puedan contar con ciertas dificultades a la hora de expresar sus sentimientos adecuadamente, establecer límites y negociar, solicitar apoyo, etc. reduciéndose así su capacidad de hacer frente a los estresores en colaboración con su pareja. Además, si la pareja cuenta con más hijos a su cargo es posible que aparezcan más problemas para poder cumplir con todos los roles que se exigen de modo satisfactorio, lo cual podría provocar también un menoscabo en la pareja.

En cuanto al apoyo social, el modelo final de regresión mostró que el 46% de la varianza de la variable dependiente (MSPSS total) se explicaba por: presentar antecedentes de tratamiento psicológico previo, la cantidad de apoyo y ayuda recibido, la asistencia o intención de asistir a los cursos de educación materno-infantil y varios estilos de afrontamiento tanto negativo (autofocalización negativa) como positivo



(búsqueda de apoyo social). De este modo los resultados muestran que la percepción del apoyo social durante el embarazo, se muestra asociada a factores de carácter interpersonal, de manera que, contar con estrategias de afrontamiento dirigidas a la búsqueda de ese apoyo, disponer de la cantidad suficiente de apoyo y ayuda y formar parte de grupos con iguales, como ocurre en los cursos de educación materno-infantil, parecen actuar como reforzadores, mostrándose como factores clave para lograr una percepción de apoyo social global óptima en la etapa prenatal. Por el contrario, factores de carácter más interno como, los antecedentes de tratamiento psicológico por problemas emocionales o utilizar estilos de afrontamiento negativo como la autofocalización negativa, se consideran condicionantes de un bajo apoyo social, puesto que la vulnerabilidad asociada a los problemas emocionales previos y la indefensión o resignación ante los problemas puede mermar la capacidad de las mujeres para mantener sus relaciones sociales influyendo a la vez, en su capacidad de percibir el apoyo que reciben.

Los resultados obtenidos indican que tanto el ajuste marital como el apoyo social, están asociados a diferentes tipos de factores que van más allá de su relación con el estado de ánimo y que también pueden ser primordiales para el bienestar de la mujer durante el embarazo. Como ya hemos referido en puntos anteriores, actualmente existe un interés creciente en el estudio de la asociación entre la relación de pareja y el apoyo social con la aparición de las alteraciones emocionales perinatales. Por ejemplo, Jonsdottir et al. (2016) han demostrado en su estudio que las mujeres con problemas emocionales (estrés, ansiedad y/o síntomas depresivos), tienen cuatro veces más de probabilidades de estar insatisfechas en su relación de pareja. Además, éstas son significativamente más propensas a reportar menos apoyo percibido de la familia y los amigos, que aquellas mujeres que no presentan problemas emocionales perinatales. Sin embargo, del mismo modo que ocurre con los resultados respecto al ajuste, no hay evidencia disponible que justifique nuestros hallazgos y por ello, supone una novedad incorporar el estudio del funcionamiento social de las mujeres durante el embarazo a la investigación, facilitando una ampliación de las áreas psicosociales que intervienen en el bienestar psicológico de las mujeres en esta etapa de sus vidas. No obstante, se trata de resultados preliminares y por tanto, es necesario acumular evidencia que refrende nuestros hallazgos y mejore su conocimiento.

Desde un punto de vista global, tanto el estado de ánimo, como el nivel de ajuste y el funcionamiento social, aparecen como dimensiones de la vida de la mujer con notable protagonismo en el logro de un nivel de bienestar óptimo durante el periodo del

embarazo, en el que como hemos comprobado, intervienen numerosos factores, muchos de ellos susceptibles de ser detectados, y lo más importante, de ser modificados para lograr una mejora en la salud mental general de la mujer en la etapa prenatal.

### ***12.5 Evolución de las variables psicopatológicas de las mujeres a lo largo del periodo prenatal***

La cuarta de las hipótesis planteadas en nuestro estudio, hacía referencia a la evolución de las variables psicopatológicas a lo largo del embarazo.

**4ª Hipótesis:** *Se obtendrán cambios estadísticamente significativos entre los dos periodos de evaluación respecto a las variables psicopatológicas. Concretamente se espera una disminución del estado de ánimo, ajuste, funcionamiento social y afrontamiento, mientras que las variables de personalidad se mantendrán sin cambios significativos.*

Es importante partir de la idea de que mientras los cambios en las puntuaciones medias nos indican una tendencia grupal a aumentar o disminuir las puntuaciones en una variable, los cambios en el orden nos ayudan a entender estos cambios en la media.

Por ejemplo, es posible que en una muestra no aparezcan cambios medios en una variable, pero eso se deba a que los que puntuaban alto en la misma pasen a puntuar bajo, mientras que los que puntuaban bajo ahora presenten puntuaciones altas. Así, en realidad las puntuaciones sí habrían cambiado, pero solo en orden y no en la media. Nuestros resultados muestran una tendencia en el cambio de orden en las puntuaciones del apoyo social por parte de otras personas significativas y también, el afecto positivo y negativo. En conjunto este hallazgo denota una inestabilidad en el cambio de las puntuaciones de las mujeres entre el primer momento de evaluación y el segundo. En el caso de las variables relacionadas con el apoyo social podría justificarse por tratarse de variables de interacción social, es decir, variables condicionadas por la respuesta que recibimos de otros y por tanto más susceptibles al cambio. Es fácil pensar que un grupo de mujeres cambie el orden de sus puntuaciones, de modo que, un grupo de éstas que percibían mucho apoyo por parte de personas significativas en las semanas 16-24 del embarazo, después perciban un menor apoyo en la semana 30-36 de gestación, mientras que a otro grupo de mujeres les ocurre lo contrario. Sin embargo, es menos usual que estos cambios se observen en variables relacionadas con la personalidad, como ocurre en cierto modo, con el afecto positivo y negativo de las mujeres de nuestro estudio, puesto que se trata de disposiciones personales de la

emocionalidad que, aunque no son inmutables, tienden a permanecer estables en el tiempo (Sandín et al., 1999).

En otros casos, por ejemplo, el cambio en el orden puede ser el responsable de los cambios en la media. Este podría ser el caso de la variable de apoyo social por parte de los amigos, puesto que los cambios en el orden que hemos explicado han afectado la media del grupo. Así pues, las mujeres de nuestro estudio perciben un mayor apoyo social por parte de los amigos en la semana 30-36 del embarazo.

También pueden producirse cambios en la media sin que esto se deba a cambios en el orden, sino debido a que las puntuaciones de todo el grupo cambian en bloque, como por ejemplo parece ocurrir con la inadaptación, el apoyo social por parte de los familiares y el neuroticismo. De este modo, las mujeres de nuestro estudio presentan una disminución en el apoyo social por parte de la familia y en el nivel de neuroticismo, mientras que su nivel de inadaptación aumenta en la semana 30-36 de gestación.

Los resultados respecto al apoyo social reflejan una realidad que hoy se corresponde con nuestro entorno social y cultural. Actualmente, las familias tienden a ser menos numerosas, las mujeres se quedan embarazadas en edades cada vez más tardías o también puede que por temas laborales u otros motivos, residan en ciudades lejos de sus familias. Como ya han referido otros autores (Agostini et al., 2015) estas circunstancias pueden limitar la disponibilidad de la familia a la hora de brindar su apoyo, lo que podría llevar a las mujeres a depender del apoyo de otras personas fuera del círculo familiar como son los amigos. Esta situación puede ser especialmente gravosa al final del embarazo, momento en el que la mujer puede necesitar más apoyo. Además, diversos estudios demuestran la importancia de la red social de amigos en los momentos importantes de la vida y apuntan que, la falta de apoyo por parte de los amigos puede aumentar los sentimientos de soledad y la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos prenatales. Por ejemplo, Grussu y Quatraro (2009) identificaron la falta de apoyo por parte de los amigos como predictor significativo de la depresión perinatal. En su estudio, las mujeres que tenían menos probabilidades de sufrir niveles altos de DPP referían haber recibido la adecuada comprensión y ayuda de amigos durante el embarazo.

Por otra parte, llama la atención la tendencia a presentar menor puntuación en neuroticismo hacia el final del embarazo, puesto que los rasgos de personalidad se consideran generalmente estables en el tiempo. Sin embargo, algunos estudios de meta-análisis sobre personalidad (Roberts, Walton y Viechtbauer, 2006) incluyen estudios que refieren que el neuroticismo tiende a disminuir con la edad, alcanzando posiblemente

una estabilidad en la vejez (Helson y Kwan, 2000). No obstante, tal vez el embarazo pueda entenderse como una situación excepcional en la que debido a los cambios que pueden ocurrir en el plano emocional de la mujer en esta etapa, algunas características básicas de la personalidad pueden verse ligeramente alteradas. Finalmente, es posible que el aumento en el nivel de inadaptación que refieren las mujeres en la semana 30-36 del embarazo se deba a las limitaciones a las que puede verse sometida hacia el final del embarazo. En esta última etapa, algunas de las áreas de la vida de la mujer como la actividad laboral, el ocio o la vida social, pueden verse restringidas por la propia evolución del embarazo y los cambios que conlleva, dando lugar a una mayor inadaptación a la vida cotidiana, que podría alterar su bienestar y afectar a su salud mental.

La literatura científica es escasa en mostrar trabajos que reporten el estudio longitudinal de variables de carácter psicosocial o de personalidad de las mujeres a lo largo de la etapa prenatal, siendo algo más extensa, como veremos en el siguiente punto, respecto al estudio de los cambios que experimenta la mujer a nivel emocional.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos podemos decir que, la **cuarta hipótesis** planteada se ha cumplido de manera parcial puesto que en general se han observado pocos cambios en las variables de estudio y los cambios observados no han sido en su mayoría en la dirección esperada. A pesar de que diversos estudios (Bunevicius et al., 2009; Evans et al., 2001; Lee et al., 2007) han demostrado un aumento en las cifras de prevalencia de síntomas depresivos en el tercer trimestre en comparación con el segundo trimestre de embarazo, las mujeres de nuestro estudio no han mostrado cambios significativos, presentando en ambos periodos de evaluación una puntuación media cercana al punto de corte establecido ( $EPDS \geq 11$ ) para los síntomas depresivos. Del mismo modo, algunos estudios (Hamilton y Lobel, 2008) han referido cambios en el estilo de afrontamiento a lo largo del embarazo, sin embargo, en nuestra población no se han producido. Por otra parte, los resultados respecto al apoyo social se han mostrado contradictorios puesto que, por un lado, sí se ha demostrado una disminución en la percepción del apoyo por parte de la familia en la semana 30-36 de gestación, mientras que, por el contrario, se ha producido una mejora en la percepción de apoyo de los amigos al final de embarazo. Respecto al ajuste los resultados obtenidos sí se han mostrado en la línea de lo esperado, mostrándose una disminución en el nivel de adaptación en la semana 30-36 del embarazo. Por último, tal y como esperábamos, la mayoría de las variables relacionadas con la personalidad no han demostrado cambios,

sin embargo, como ya hemos explicado, sí se ha observado una tendencia a presentar menor puntuación en neuroticismo.

## **12.6 Evolución en la sintomatología depresiva en las mujeres a lo largo del periodo prenatal**

Nuestra última hipótesis está relacionada con la dinámica de los síntomas depresivos:

**5ª Hipótesis:** *Respecto al cambio en los síntomas depresivos, se observará como las mujeres con síntomas depresivos entre la semana 16-24 de gestación, mantendrán la sintomatología depresiva en la semana 30-36 del embarazo.*

Los resultados mostraron que, para la mayoría de la población de mujeres que realizaron los dos momentos de evaluación del programa (n= 58, 78.4%), su embarazo transcurrió sin síntomas depresivos. Sin embargo, aproximadamente un 12% de las mujeres que inicialmente no presentaba síntomas (n=9), sí mostraron sintomatología depresiva en la semana 30-36 del embarazo. Es posible, que las mujeres que no presentaban síntomas en el primer periodo de evaluación, manifiesten más tarde una vulnerabilidad previa que se mantenía atenuada por la influencia de otros factores como puede ser, la adecuada evolución del embarazo, encontrarse en un buen estado de salud, disponer de un adecuado apoyo social, contar con buenas estrategias de afrontamiento o seguir desempeñando sus diferentes roles casi con normalidad. Sin embargo, el inminente avance del embarazo, la cercanía del momento del parto y la anticipación del cambio de vida que va a suponer la crianza del hijo/a que está en camino, podrían convertirse en situaciones de estrés y, las condiciones que hasta el momento resultaban útiles para mantener un estado de ánimo adecuado no sean suficientes, manifestando esa vulnerabilidad previa en forma de sintomatología depresiva. Por otro lado, del casi 10% de mujeres que presentaban síntomas depresivos en la primera evaluación (n=7), prácticamente el 6% (n=4) siguen presentando síntomas depresivos en la semana 30-36 del embarazo. Así pues, un porcentaje de mujeres con síntomas depresivos en el segundo trimestre seguirá manifestándolos en el tercer trimestre. Como ya hemos explicado, desde sus primeras etapas, el embarazo requiere una adaptación psicológica y un cambio en el estilo de vida importante (Condon et al., 2004) que no todas las mujeres experimentan de la misma manera. Por ello, percibir el embarazo como una situación estresante, sin contar con las características adecuadas

para hacerle frente y adaptarse, puede hacer que muchas mujeres manifiesten síntomas depresivos que, si no son detectados a tiempo y se procura una intervención, se podrían perpetuar a lo largo de todo el embarazo y consolidarse como trastorno. Finalmente, cabe comentar que de ese 10% de mujeres con síntomas depresivos en la primera evaluación, un 4% mejoran y dejan de manifestar síntomas ( $n=3$ ). Es probable que en este grupo de mujeres el embarazo haya supuesto un periodo de aprendizaje en el que hayan podido desarrollar o adquirir los recursos suficientes para hacer frente a sus vulnerabilidades, cambiando así su concepción del embarazo y consiguiendo una adaptación óptima que conlleve a una mejora del estado de ánimo en la última etapa prenatal. De todas, formas, dada la pequeña muestra de pacientes que tenían sintomatología depresiva en nuestro estudio, hay que tomar estos resultados con cautela.

Muchos de los estudios consultados presentan un aumento de los síntomas depresivos en el tercer trimestre de embarazo respecto al segundo (Bunevicius et al., 2009; Evans et al., 2001; Lee et al., 2007). Más recientemente, Martini et al. (2015) revelaron que en el caso de los trastornos depresivos (EDM y distimia) de las 286 mujeres evaluadas, encontraron que más de la mitad (58.4%) no presentaban antecedentes de trastorno depresivo y permanecieron sanas durante todo el periodo de estudio. El 1.1% de mujeres presentaron síntomas solo durante el embarazo y un 4.9% desarrollaron el trastorno depresivo solo durante el embarazo. Entre la evaluación de T1-T2 (primer-segundo trimestre) y T2-T3 (segundo-tercer trimestre) el número de mujeres con EDM aumentó de 1 a 4. A pesar de los resultados, existen limitaciones importantes a la hora de utilizar estos estudios para comparar con nuestros resultados, ya que, en la mayoría de las ocasiones presentan diferentes enfoques metodológicos relacionados con el tamaño de la muestra, los instrumentos de medida utilizados y el diseño del estudio. En general, el conocimiento exacto del curso de los trastornos depresivos durante el embarazo sigue siendo deficiente.

A la vista de los resultados obtenidos, consideramos que el presente estudio ha contribuido a mejorar el conocimiento sobre un amplio conjunto de características propias de la mujer en su etapa prenatal, sumando evidencia con datos que ponen de manifiesto aquellos factores que aparecen asociados a la aparición de los síntomas depresivos, a las dificultades en el ajuste y al escaso funcionamiento social que en ocasiones pueden presentar. Y, más importante todavía, mostrando que dichos factores son fácilmente detectables mediante la utilización de herramientas basadas en el uso de las TIC's como el programa MMF utilizado en esta tesis. Existe suficiente evidencia para

determinar que la sintomatología depresiva prenatal es un problema multifactorial que exige un enfoque biopsicosocial. De todos los factores de riesgo recogidos que pueden desempeñar un papel en los trastornos del estado de ánimo durante el embarazo, muchos son susceptibles de ser modificados, motivo suficiente para dar pie a seguir profundizando en la investigación y en el desarrollo de intervenciones preventivas eficientes que frenen el avance de lo que parece ser un importante problema de salud pública en el mundo. Somos conscientes que la solución no es fácil, existen multitud de obstáculos, como el todavía presente estigma asociado con la depresión, que dificultan la búsqueda de intervenciones eficaces (Boyd, Mogul, Newman y Coyne, 2011) y que hace que alrededor del 65% de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo no sean diagnosticadas (Ko, Farr, Dietz y Robbins, 2012). No obstante, todo esto debe concebirse como un motivo para seguir avanzando hacia la elaboración de intervenciones costo-efectivas, de fácil implementación y que proporcionen una atención de calidad a la salud mental de la mujer durante el embarazo.

En la literatura científica internacional la mayoría de los estudios asocian la depresión prenatal a mujeres con un nivel socioeconómico y educativo bajo, con un deficiente apoyo social y problemas de pareja. Este hecho sin duda tiene que ver con los países donde se llevan a cabo los estudios (desarrollados vs en vías de desarrollo), con las características étnicas, sociales y culturales de las muestras (p. ej., inmigrantes en EEUU) y, por último, con el procedimiento de los estudios (entrevistas cara a cara en centros públicos de salud vs uso de Internet). En este sentido, nuestro estudio no incluye a un grupo de mujeres en situación de marginación social u otras características desfavorables, más bien se describiría como un grupo de mujeres cuyo perfil denota un alto nivel académico, un nivel de ingresos medio, informadas en sus contextos sanitarios, que se sienten apoyadas por su entorno social y su pareja y que han deseado y planeado sus embarazos. A pesar de no contar con algunos de los factores de riesgo psicosocial para el desarrollo de síntomas depresivos prenatales, un 11% (n=26) de las mujeres cumplía criterios diagnósticos de TDM (SCID-I) y un 56% (n=132) presentaba síntomas depresivos (EPDS) durante el embarazo.

Actualmente, en nuestro contexto, a pesar de contar con servicios y recursos de calidad en el ámbito de la salud materno-infantil, estas mujeres hubiesen pasado desapercibidas por el Sistema Nacional de Salud debido a que no se llevan a cabo evaluaciones exhaustivas del estado socio-emocional de las mujeres durante el embarazo. Además, cabe mencionar que, en nuestro estudio, un 12% de mujeres que no presentaban síntomas depresivos en el segundo trimestre del embarazo, sí los

presentaba en el tercero. Este dato tiene especial relevancia respecto a las recomendaciones clínicas dado que implica que no es suficiente realizar una evaluación del estado emocional durante el embarazo, sino que, será necesario realizarla, al menos, en dos momentos distintos del mismo y, a poder ser, una en cada trimestre del embarazo.

Para conseguir una prevención precoz de las alteraciones emocionales prenatales, nuestro estudio subraya la necesidad de explorar no solo los síntomas ansiosos y depresivos a lo largo del embarazo, sino también el perfil de personalidad (neuroticismo, extraversión, afecto positivo y negativo, autoestima), la ambivalencia afectiva, el ajuste o adaptación, los estilos de afrontamiento, la percepción y cantidad del apoyo social y el grado de ajuste marital. Todo ello sin olvidar que la sociedad y la salud, progresan bajo el influjo del desarrollo tecnológico constante, que, como hemos ejemplificado en este estudio facilitan enormemente el acceso a un gran número de mujeres de manera fácil, cómoda y confidencial. Es por ello que una de las aportaciones más relevante de este trabajo ha sido realizar el estudio de manera enteramente auto-aplicada a través de la aplicación online MMF. A través de ella se ha llevado a cabo la evaluación, detección de alteraciones del estado de ánimo y derivación precoz al especialista médico para prevenir el mantenimiento y cronificación de las alteraciones emocionales en el periodo prenatal.

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra las relacionadas con la pérdida de gran parte de la muestra, bien porque nunca se llegaron a registrar o porque una vez iniciada la evaluación decidieron no continuar. Estudios de meta-análisis realizados en los últimos años sobre programas auto-aplicados a través de Internet para la depresión refieren una tasa de abandonos del 32% (0-75%) (Kaltenthaler, Parry, Beverley y Ferriter, 2008). Otros estudios señalan que las tasas de abandono en los programas de tratamiento basados en Internet varían entre 2 y 83%, con una media de 19%, y un promedio ponderado de 31% (Melville, Casey y Kavanagh, 2010). Más recientemente estudios similares al nuestro en el método de reclutamiento de la muestra, muestran cifras de abandono similares. Por ejemplo, en el estudio que ya hemos comentado en líneas anteriores de Barreda, Kelman y Muñoz (2014), los autores mantuvieron la publicación de su anuncio online durante 3 años. En este periodo 176295 usuarios mostraron interés en el enlace de la web, 12466 mujeres embarazadas cumplieron con los criterios para formar parte del estudio. De todas estas, solo el 54% (n=6745) de las mujeres dieron su consentimiento para participar y finalmente, fue el 20.7% (n=2575) las que completaron la información suficiente para inscribirse en el



estudio. Estos resultados son en parte comparables con nuestros datos puesto que, del total de mujeres que recibieron códigos para la inscripción en el programa (N=4500) el 62.2% (n=2797) realizaron el registro en el programa MMF y finalmente solo el 5.9% (n=266) participaron en algún momento de la evaluación del programa. En este sentido, podemos decir que este fenómeno, común a los estudios que se realizan a través de Internet (auto-aplicados), podría deberse a la falta de refuerzos o incentivos que motiven el inicio o la continuación del proceso, además, en nuestro caso la evaluación es muy extensa, lo que puede provocar una fatiga en las participantes y finalmente el abandono. En este sentido, programamos la aplicación para que los instrumentos de evaluación se dividiesen en tres bloques, entre los cuales las usuarias podrían descansar y continuar en otro momento. A pesar de ello, la mortandad de la muestra siguió siendo alta. Por otra parte, una importante limitación se relaciona con el diseño del programa online MMF ya que no se contempló la posibilidad de que la herramienta impidiese el avance en los bloques de evaluación si no se completaban todos los ítems previos. Este hecho provocó que en ocasiones nos encontráramos con bloques de evaluación incompletos. También es cierto que el pequeño tamaño de la muestra de participantes que completaron ambos periodos de evaluación, limita en gran medida la generalización de los resultados encontrados, lo que impide obtener conclusiones firmes. Además, el número de evaluaciones del programa en la etapa prenatal se limita a dos (16-24 y 30-36 semana de gestación), tal vez un mayor número de cortes hubiera enriquecido nuestros resultados. Otra de las limitaciones destacadas, hace referencia a la falta de una evaluación longitudinal para algunas variables de interés, como pueden ser las relacionadas con los hábitos de salud. Finalmente, un fallo en el tratamiento de los datos en la base de datos, impidió el uso de datos relacionados con la ansiedad estado (STAI-E) y la regulación emocional (ERQ) lo que supone una pérdida de información de interés.

## 13 Conclusiones e implicaciones

A continuación expondremos las principales conclusiones obtenidas en el presente trabajo haciendo referencia a los objetivos y las hipótesis propuestas e intentaremos ofrecer una visión general de las principales implicaciones de nuestros hallazgos.

1. Hemos comprobado que a través de la herramienta online MMF no solo se ha podido comprobar que nuestra población de mujeres embarazadas es similar en algunos aspectos a la de otros estudios científicos, sino que nos ha permitido obtener una descripción mucho más exhaustiva de las características sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud, relativas al área social y también psicopatológicas que la mayoría de los estudios disponibles en la actualidad.
2. Los resultados han constatado que existen diferencias significativas entre las mujeres con y sin síntomas depresivos en variables de carácter obstétrico, mostrando un mayor riesgo de aparición de síntomas depresivos entre las mujeres que experimentan ambivalencia afectiva a menudo y las mujeres que se encontraban al final del embarazo (30-36 semana de gestación). Asimismo no se han confirmado diferencias significativas esperadas entre otras variables sociodemográficas, de hábitos de salud o médicas, como la historia previa de trastorno psicológico. No obstante, los resultados han verificado diferencias significativas entre las mujeres con y sin sintomatología depresiva respecto a las variables psicopatológicas, mostrando mayor vulnerabilidad psicológica en cuanto a los rasgos de personalidad, capacidad de afrontamiento, ansiedad, eventos estresantes y apoyo social.
3. Se ha demostrado la relación de multitud de variables independientes (sociodemográficas, obstétricas, médicas, pertenecientes al área social y psicopatológica) con las tres variables dependientes capitales en esta investigación: sintomatología depresiva, ajuste y funcionamiento social.
4. Se ha constatado que existe un conjunto de factores asociados a cada una de las variables dependientes relacionadas con la salud mental de la mujer en la etapa prenatal analizadas. Así, se ha establecido un modelo parsimonioso de factores de riesgo y factores protectores que explican una proporción de cada variable dependiente: sintomatología depresiva, ajuste y funcionamiento social.

5. Los datos indican que se han producido cambios en el apoyo social y el nivel de inadaptación a lo largo de la etapa prenatal entre aquellas mujeres que han realizado el programa de evaluación auto-aplicado MMF a través de Internet.
6. Se ha comprobado que parte de las mujeres que han realizado todo el programa online de evaluación MMF que inicialmente no presentaban síntomas, han presentado síntomas depresivos en la semana 30-36 del embarazo, mientras que un porcentaje menor de mujeres con síntomas depresivos en la semana 16-24 de gestación, ha mantenido la sintomatología entre ambos momentos de evaluación y solo un pequeño porcentaje ha experimentado mejoría en la etapa final del embarazo.

Una vez analizadas las principales conclusiones que se derivan del presente estudio de investigación conviene destacar cuales serían las principales implicaciones a la hora de revertir nuestros resultados a una realidad que exige la puesta en marcha de soluciones prácticas que mejoren la salud mental de las mujeres en la etapa prenatal:

- a. La mejora de la salud mental de las mujeres en el periodo prenatal no se limita a la detección y prevención de las alteraciones relacionadas con la sintomatología depresiva, también el ajuste y el funcionamiento social aparecen como dimensiones de la vida de la mujer primordiales para la consecución del nivel adecuado de bienestar durante el embarazo.
- b. Es posible utilizar programas basados en Internet como MMF para que de modo sencillo, cómodo, económico y confidencial se detecten los factores de riesgo y factores protectores asociados a la aparición de los síntomas depresivos, las dificultades en el ajuste y los problemas en el funcionamiento social.
- c. El uso de Internet para la prevención de la depresión prenatal puede ser una alternativa para salvar las barreras existentes respecto al estigma de la enfermedad mental, la deseabilidad social o la falta de servicios relacionados con la evaluación del estado de ánimo a lo largo del embarazo.
- d. Las estrategias de evaluación y detección precoz de las posibles alteraciones emocionales deberían ser realizadas al menos en dos periodos durante el embarazo, siendo lo más recomendable hacerlo una vez por trimestre.
- e. Dada la variabilidad de los factores que intervienen en el bienestar psicológico prenatal, las intervenciones preventivas deberían incidir en aquellos factores que la evidencia ha demostrado que son clave para la mejora en el estado de

ánimo, ajuste y funcionamiento social y que en su mayoría comprenden factores de riesgo y protectores, tanto de carácter personal (afectividad, manejo de la ansiedad, autoestima, etc.), estilos de afrontamiento, como factores de carácter interpersonal (apoyo social y ajuste con la pareja).

- f. Las herramientas o programas de evaluación, detección e incluso de prevención y tratamiento deben resultar ante todo, coste-efectivas y estar adaptadas a la realidad de la sociedad de hoy, por ello el formato basado en Internet se propone como una alternativa eficaz, tanto para el sistema como para las propias usuarias.
- g. Los resultados obtenidos respecto a la ambivalencia afectiva plantean la necesidad de normalizar esta experiencia durante el embarazo, al igual que se debe hacer con los cambios emocionales o las dificultades en las relaciones de pareja, familiares y sociales relacionadas con la maternidad.
- h. Los programas de prevención de la depresión prenatal deberían estar formados por intervenciones basadas en la evidencia para abordar los factores más importantes. Por ejemplo, regulación emocional (psicoeducación sobre las emociones y la ambivalencia afectiva, técnicas de regulación emocional, mindfulness, etc.); psicología positiva (psicoeducación sobre la importancia de las emociones positivas, identificación de fortalezas, autoestima, fomentar las actividades gratificantes adaptadas al embarazo); Control de estrés (TCC para la solución de problemas, mejora de las estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación); mejora de las habilidades sociales (técnicas de asertividad, técnicas de solución de problemas en pareja, ofrecer información para la asistencia a grupos de maternidad).

Finalmente, desde una perspectiva global e integradora, nos planteamos una serie de líneas de trabajo para seguir avanzando en este campo en el futuro:

- ✓ Mejorar los problemas técnicos e inconvenientes detectados en la herramienta informática utilizada para procurar subsanar la pérdida de información con la que nos hemos encontrado a la hora de manejar los datos recogidos.
- ✓ Incluir incentivos en el programa MMF que refuercen a las participantes y mejoren su adherencia, como pueden ser los mensajes positivos en la propia aplicación, enlaces a otras páginas webs donde puedan optar a

conseguir recompensas (cursos de relajación gratuitos, productos para el futuro bebé, etc.).

- ✓ Fomentar las estrategias de implementación del programa implicando a los profesionales sanitarios encargados de dispensar los cuidados a las mujeres embarazadas, llevando a cabo cursos de formación y campañas de divulgación sobre la importancia de la evaluación y prevención relacionada con la salud mental prenatal, dirigidos tanto a los profesionales, las mujeres protagonistas como a la población general.
- ✓ Recoger la información a través de tablets en los centros de salud para que la muestra sea más heterogénea e incluya a mujeres sin acceso a Internet en su hogar.
- ✓ Analizar la contribución de las TIC's (PDAs, teléfonos inteligentes) en la aplicación de los programas auto-aplicados de evaluación de la salud mental en la etapa prenatal.
- ✓ Acumular mayor investigación sobre los factores psicológicos propuestos en el presente estudio y las variables sociodemográficas, obstétricas, médicas, de hábitos de salud y del área social que ratifique nuestros hallazgos y ayude a formar una base de evidencia científica lo suficientemente sólida y rigurosa que de sustento a las intervenciones propuestas.
- ✓ Reducir el protocolo de evaluación utilizado en el programa para aplicarlo en el futuro de manera más eficiente.
- ✓ Ampliar la investigación en una segunda fase que incluya el periodo de posparto para lograr una atención completa a la mujer durante el embarazo y su maternidad ya que, los síntomas depresivos pueden mantenerse y agravarse en el posparto y hasta 2 años después del parto.
- ✓ Realizar un ensayo clínico aleatorizado para determinar la eficacia diferencial de la identificación de factores de riesgo prenatales entre la intervención tradicional versus online.
- ✓ Analizar la eficacia de la aplicación de los programas de evaluación auto-aplicado por medio de Internet en otras poblaciones, por ejemplo, otros centros de atención primaria que incluya sectores de la población más desfavorecidos.
- ✓ Estudiar el papel que puede desempeñar la inclusión de otros componentes en el programa MMF que incluyan las intervenciones

preventivas y de tratamiento basadas en la evidencia en función de los factores de riesgo identificados.

- ✓ Diseñar y someter a prueba intervenciones de tratamiento adaptándolas a la reciente perspectiva transdiagnóstica. Esta perspectiva permitiría ofrecer un tratamiento único basado en la regulación emocional a todas las mujeres que lo necesiten, con independencia del tipo de sintomatología principal o comórbida que presentaran (depresiva, ansiosa o mixta).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdou, C. M., Dunkel Schetter, C., Campos, B., Hilmert, C. J., Dominguez, T. P., Hobel, C. J., ... y Sandman, C. (2010). Communalism predicts prenatal affect, stress, and physiology better than ethnicity and socioeconomic status. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(3), 395.
- Abel, K. M., Webb, R. T., Salmon, M. P., Wan, M. W. y Appleby, L. (2005). Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *J Clin Psychiatry*, 66(6), 781-789.
- Abuidhail, J. y Abujilban, S. (2014). Characteristics of Jordanian depressed pregnant women: a comparison study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(7), 573-579.
- Ackerknecht, E. H. (1993). *Breve historia de la psiquiatría* (Vol. 2). Universitat de València.
- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., Sandvik, Å. R. y Eskild, A. (2012). Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 119(3), 298-305.
- Adewuya, A. O. (2005). The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(4), 1522-1525.
- Adewuya, A. O., Ologun, Y. A. y Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: Prevalence and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 113(3), 284-288.
- Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L. y Monti, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Maternal and child health journal*, 19(5), 1131-1141.
- Ahsan, A. y Raihan, A. (2013). Understanding mHealth impact among Aponjon (MAMA Bangladesh) subscribers through a phone survey in Bangladesh. In *Proceedings of the Sixth International Conference on Information and Communications Technologies and Development: Vol.2* (pp. 1-4). ACM.
- Akcal, X.A.P., Ayd, X.N.N. yaz, X.C.X.E., Aksoy, A.N., Kirkan, T.S. y Daloglu, G.A. (2014). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(8), 809-817.
- Albee, G. W. (2005). Call to revolution in the prevention of emotional disorders. *Ethical Huma Psychology and Psychiatry*, 7 (1), 37-44.
- Alcade, M. S. G. (2002). Patologia psiquiátrica en el puerpério. *Revista de Neuropsiquiatria*, 65(1), 32-46.
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hölzli, I. y Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal, and neonatal outcome. A

- critical review of the literature. *Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine*, 20(3), 89–209.
- Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G. y Moin, S. S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *The Scientific World Journal*, 2012.
- Aliyu, M. H., Saidu, R., Alio, A. P., Marty, P. J. y Salihu, H. M. (2010). Intrauterine exposure to tobacco and risk of medically indicated and spontaneous preterm birth. *American journal of perinatology*, 27(05), 405-410.
- Allister, L., Lester, B. M., Carr, S. y Liu, J. (2001). The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Developmental neuropsychology*, 20(3), 639-651.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., De, G. G., ... Brugha, T.S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 190, 299-306.
- Álvarez-Jimenez, M., Alcazar-Corcoles, M. A., Gonzalez-Blanch, C., Bendall, S., McGorry, P. D. y Gleeson, J. F. (2014). Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: a systematic review on novel user-led interventions. *Schizophrenia research*, 156(1), 96-106.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 343: Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. (2006). *Obstetrics y Gynecology*, 108(2), 469–477.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 453: Screening for depression during and after pregnancy. (2010). *Obstetrics and Gynecology*, 115(2 Pt 1), 394–395.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 630: Screening for Perinatal Depression. (2015). *Obstetrics y Gynecology*, 125(5), 1268.
- American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III* (3ª Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4ª Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (5ª Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994/2000 DSM-IV TR). *Trastornos de ansiedad. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª Edición)*. Washington D.C: APA (Traducción española 1995/2000. Barcelona: Masson )



- American Psychiatric Association. (2015). Structured clinical interview for DSM-5 (SCID-5). Retrieved from <http://www.appi.org/products/structured-clinical-interviewfor-dsm-5-scid-5>
- Anderson, C. M., Robins, C. S., Greeno, C. G., Cahalane, H., Copeland, V. C., y Andrews, R. M. (2006). Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: Perceived barriers to care. *Qualitative Health Research*, 16(7), 926-943.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. y Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(1), 148-154.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M. y Bixo, M. (2004). Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 159(9), 872-881.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M. y Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937-944.
- Andersson, G. y Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 38(4), 196-205.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., Bijl, R.V., De Graaf, R., Vollebergh, W., ... Wittchen, H.U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International consortium of psychiatric epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.
- Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal*, 322, 419-421.
- Andrews, G. y Titov, N. (2009) Hit and miss: Innovation and dissemination of evidence based psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 974-979.
- Andrews, G. y Titov, N. (2010) Is Internet treatment ready for prime time?. *Medical Journal of Australia*, 192 (11), 45-47.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. y Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS one*, 5(10), e13196.
- Andrews, G., Davies, M. y Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45 (4), 337-340.
- Apter, G., Devouche, E. y Gratier, M. (2011). Perinatal mental health. *Journal Nervous Mental Disease*, 199(8), 575-577.
- Ariza, M.N. y Sánchez, M.A. (1985). Importancia de la educación maternal. *Enfermería Científica*, 43, 9-14.

- Armstrong, S. y Small, R. (2007). Screening for postnatal depression: not a simple task. *Australian and New Zealand journal of public health*, 31(1), 57-61.
- Artieta P. I., de Gamboa, R. F., Hermosilla, O., de la Hera, B., Payo Gordon, J., Ureta de Pedro, M. y Odriozola, G. (2007). *Efecto de la asistencia a educación maternal sobre la evolución del parto. XI Encuentro internacional de investigación en enfermería* (pp.14-16). Madrid.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. y Guger, S. (2000). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1019-1040.
- Atrash, H. K., Friede, R. E. W. y Hogue, C. J. (1987). Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstetrics y Gynecology*, 69(3), 333-337.
- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here?. *Archives of Women’s Mental Health*, 7(1), 1-6.
- Austin, M. P., Tully, L. y Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 101(1), 169-174.
- Austin, M. P., Priest, S. R. y Sullivan, E. A. (2008). Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *The Cochrane Library*.
- Austin, M. P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., ... y Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, 105(1), 35-44.
- Austin, M. P. y Highet, N. (2011). *Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals*. Melbourne: beyondblue. The National Depression Initiative.
- Austin, M. P. V., Middleton, P., Reilly, N. M. y Highet, N. J. (2012). Detection and management of mood disorders in the maternity setting: The Australian Clinical Practice Guidelines. *Women and Birth*, 26(1), 2-9.
- Austin, M. P., Colton, J., Priest, S., Reilly, N. y Hadzi-Pavlovic, D. (2013). The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women and Birth*, 26(1), 17-25.
- Avan, B., Richter, L. M., Ramchandani, P. G., Norris, S. A. y Stein, A. (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives of Disease in Childhood*, 95(9), 690-695.
- Aydos, L., Titov, N. y Andrews, G. (2009). Shyness 5: The clinical effectiveness of Internet-based clinician-assisted treatment of social phobia. *Australasian Psychiatry*, 17 (6), 488-492.

- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552-567.
- Baibazarova, E., van de Beek, C., Cohen-Kettenis, P. T., Buitelaar, J., Shelton, K. H. y van Goozen, S. H. (2013). Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology*, 38(6), 907-915.
- Bales, M., Pambrun, E., Melchior, M., Glangeaud-Freudenthal, N. C., Charles, M. A., Verdoux, H. y Sutter-Dallay, A. L. (2015). Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *European Psychiatry*, 30(2), 322-328.
- Balestrieri, M., Isola, M., Bisoffi, G., Calo, S., Conforti, A., Driul, L., Marchesoni, D., Petrose-molo, P., Rossi, M., Zito, A., Zorzenone, S., DiSciascio, G., Leone, R. y Bellantuono, C. (2012). Determinants of ante-partum depression: a multicenter study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 1959-1965.
- Balzarotti, S., John, O. P. y Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., ... y Cassano, G. B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression-Research y Screening Unit study. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 343-351.
- Baños, R.M., Quero, S., Botella, C. y García-Palacios, A. (2007). Internet y los tratamientos psicológicos: dos programas de auto-ayuda para fobias específicas *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 81, 35-46.
- Baños, R. M., Guillén, V., García-Palacios, A., Quero, S. y Botella, C. (2013). Las nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Informació psicològica*, (102), 28-46.
- Barak, A. y Grohol, J. M. (2011). Current and future trends in internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29(3), 155-196.
- Barker, D. J. (1998). In utero programming of chronic disease. *Clinical science (London, England: 1979)*, 95(2), 115-128.
- Barker, D. J. (2002). Fetal programming of coronary heart disease. *TRENDS in Endocrinology y Metabolism*, 13(9), 364-368.
- Barker, E. D., Jaffee, S. R., Uher, R. y Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and anxiety*, 28(8), 696-702.
- Barker, E. D., Kirkham, N., Ng, J. y Jensen, S. K. (2013). Prenatal maternal depression symptoms and nutrition, and child cognitive function. *The British Journal of Psychiatry*, 203(6), 417-421.
- Barlow, J., Coren, E. y Stewart-Brown, S. (2003). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *The Cochrane Library*.

- Barnett, B. (2011). An integrated model of perinatal care. *Eur Psychiatr Rev*, 4(2), 71-4.
- Barrera, A. Z., Kelman, A. R. y Muñoz, R. F. (2014). Keywords to recruit Spanish-and English-speaking participants: evidence from an online postpartum depression randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 16(1), e6.
- Barry, M. y Jenkis, R. (2006). *Implementing mental health promotion*. Oxford: Elsevier.
- Bartels, S. J., Coakley, E. H., Zubritsky, C., Ware, J. H., Miles, K. M., Areán, P. A., ... y Quijano, L. (2004). Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1455-1462.
- Bastani, F., Hidarnia, A., Montgomery, K. S., Aguilar-Vafaei, M. E. y Kazemnejad, A. (2006). Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. *The Journal of perinatal y neonatal nursing*, 20(2), 138-146.
- Batenburg-Eddes, V., Brion, M. J., Henrichs, J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., ... y Tiemeier, H. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 591-600.
- Bayrampour, H., McDonald, S. y Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31(6), 582-589.
- Beach, S. R., Katz, J., Kim, S. y Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 355-371.
- Beach, S. R., Sandeen, E. y O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. Guilford Press.
- Bebbington, P., Meltzer, H., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C. y Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: Neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359-1368.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing research*, 45(5), 297-303.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.

- Beck, C. T. y Gable, R. K. (2002). *Manual for postpartum depression screening scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Beck, C. T. y Gable, R. K. (2003). Postpartum depression screening scale: Spanish version. *Nursing Research*, 52(5), 296-306.
- Benazon, N. R. y Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of family Psychology*, 14(1), 71.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. y Einarson, T. R. (2004a). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics y Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. y Einarson, T. R. (2004b). Depression during pregnancy. *Clinical Drug Investigation*, 24(3), 157-179.
- Bennett, I. M., Culhane, J. F., McCollum, K. F., Mathew, L. y Elo, I. T. (2007). Literacy and depressive symptomatology among pregnant Latinas with limited English proficiency. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 243.
- Bergant, A., Nguyen, T., Moser, R. y Ulmer, H. (1997). Prevalence of depressive disorders in early puerperium. *Gynakologisch-geburtshilfliche Rundschau*, 38(4), 232-237.
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M. P., Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A. y Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of psychosomatic research*, 70(4), 385-389.
- Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T. G., Modi, N. y Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1454-1463.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. y O'Connor, T. G. (2010). Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: moderation by infant-mother attachment. *Biological psychiatry*, 67(11), 1026-1032.
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F. y Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 29(2), 105-113.
- Berle, J. Ø., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F. y Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 181-189.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... y Torres, J. V. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101(1), 27-34.
- Bernard, R. S., Williams, S. E., Storfer Isser, A., Rhine, W., Horwitz, S. M., Koopman, C. y Shaw, R. J. (2011). Brief cognitive-behavioral intervention for maternal depression and trauma in the neonatal intensive care unit: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 24(2), 230-234.
- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Yonkers, K., Carmody, T. J., Woo, A., McConnell, K. y Trivedi, M. H. (2008). Symptom features of postpartum depression: are they distinct?. *Depression and anxiety*, 25(1), 20-26.

- Bert, F., Gualano, M. R., Brusaferrro, S., De Vito, E., De Waure, C., La Torre, G., ... y Siliquini, R. (2013). Pregnancy e-health: a multicenter Italian cross-sectional study on Internet use and decision-making among pregnant women. *Journal of epidemiology and community health*, jech-2013.
- Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M. y Alati, R. (2014). Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence. *Depression and anxiety*, 31(1), 9-18.
- Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M. y Alati, R. (2015). The relationship between maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy and adult offspring behavioral and emotional problems. *Depression and anxiety*, 32(2), 82-90.
- Beversdorf, D. Q., Manning, S. E., Hillier, A., Anderson, S. L., Nordgren, R. E., Walters, S. E., ... y Bauman, M. L. (2005). Timing of prenatal stressors and autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 35(4), 471-478.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. y Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62-77.
- Bijl, R.V., De Graaf, R., Ravelli, A., Smit, F. y Vollebergh, W.A. (2002). Netherlands mental health survey and incidence study. Gender and agespecific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands mental health survey and incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 372-379.
- Bilszta, J. L., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. y Buist, A. E. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 56-65.
- Birndorf, C. A., Madden, A., Portera, L. y Leon, A. C. (2001). Psychiatric Symptomsc, Functional Impairment, and Receptivity toward Mental Health Treatment among Obstetrical Patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(4), 355-365.
- Blackmore, E. R., Carroll, J., Reid, A., Biringer, A., Glazier, R. H., Midmer, D., ... y Stewart, D. E. (2006). The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 28(10), 873-878.
- Blackmore, E. R., Moynihan, J. A., Rubinow, D. R., Pressman, E. K., Gilchrist, M. y O'Connor, T. G. (2011). Psychiatric symptoms and proinflammatory cytokines in pregnancy. *Psychosomatic medicine*, 73(8), 656.
- Blair, M. M., Glynn, L. M., Sandman, C. A. y Davis, E. P. (2011). Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress*, 14(6), 644-651.
- Blanchard, A., Hodgson, J., Gunn, W., Jesse, E. y White, M. (2009). Understanding social support and the couple's relationship among women with depressive symptoms in pregnancy. *Issues in mental health nursing*, 30(12), 764-776.

- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J. y Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of personality and social psychology*, 111(3), 396.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L. y Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 924-930.
- Bloch, M., Daly, R. C. y Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive psychiatry*, 44(3), 234-246.
- Blom, E. A., Jansen, P. W., Verhulst, F. C., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V. W. V., ... y Tiemeier, H. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 117(11), 1390-1398.
- Bonnin, A. y Levitt, P. (2011). Fetal, maternal, and placental sources of serotonin and new implications for developmental programming of the brain. *Neuroscience*, 197, 1-7.
- Börjesson, K., Ruppert, S. y Bågedahl-Strindlund, M. (2005). A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Archives of women's mental health*, 8(4), 232-242.
- Borrelli, B. y Ritterband, L. M. (2015). Special issue on eHealth and mHealth: Challenges and future directions for assessment, treatment, and dissemination. *Health Psychology*, 34(S), 1205.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento* (pp.91-96). Barcelona: Martínez Roca.
- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., Perpiñá, C., Alcañiz, M. y Pons, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the Internet. *CyberPsychology y Behavior*, 3, 959-986.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Bretón-López, J. Alcañiz, M. y Fabregat, S. (2008). Telepsychology and self-help: The treatment of phobias using the Internet. *CyberPsychology y Behavior* 11, 659-664.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 40(2), 155-170.
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology Behavior, and Social Networking*, 13, 407-421.
- Botella, C., Mira, A., Herrero, R., García-Palacios, A. y Baños, R. (2015). Un programa de intervención auto-aplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: "Sonreír es divertido". *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33(2).

- Bottomley, K. L. y Lancaster, S. J. (2008). The association between depressive symptoms and smoking in pregnant adolescents. *Psychology, health y medicine*, 13(5), 574-582.
- Bowen, A. y Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic, y Neonatal Nursing*, 35(4), 491-498.
- Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K. y Muhajarine, N. (2012). Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 161-167.
- Bowlby, J. (1995). Una base segura. Barcelona: Paidós.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8(1), 68-83.
- Boyd, R., Mogul, M., Newman, D. y Coyne, J. (2011). Screening and referral for postpartum depression among low-income women: a qualitative perspective from community health workers. *Depression Research and Treatment*, 1-7
- Brantley, P. J., Waggoner, C. D., Jones, G. N. y Rappaport, N. B. (1987). A daily stress inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of behavioral medicine*, 10(1), 61-73.
- Bretherton, I. (1999). Internal working model in attachment relationships: A construct revisited. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford Press
- Bridges, R. S. (1984). A quantitative analysis of the roles of dosage, sequence, and duration of estradiol and progesterone exposure in the regulation of maternal behavior in the rat. *Endocrinology*, 114(3), 930-940.
- Brisch, K. H., Munz, D., Bemmerer-Mayer, K., Terinde, R., Kreienberg, R. y Kächele, H. (2003). Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 91-97.
- Brittain, K., Myer, L., Koen, N., Koopowitz, S., Donald, K. A., Barnett, W., ... y Stein, D. J. (2015). Risk factors for antenatal depression and associations with infant birth outcomes: Results from a South African birth cohort study. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 29(6), 505-514.
- Brockington, I. (2005). A historical perspective on psychiatry of motherhood. En A. Riecher-Rössler y M. Steiner (Eds.), *Perinatal stress, mood and anxiety disorders* (pp. 1-5). Basel: Karger.
- Brockington, I. F., Macdonald, E. y Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of women's mental health*, 9(5), 253-263.
- Brockington, I.F., 1996. Motherhood and Mental Health (pp. 147-153). Oxford: University Press, Oxford.



- Brouwers, E. P., van Baar, A. L. y Pop, V. J. (2001). Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety?, *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 659-663.
- Brown, T. A., Barlow, D. H. y Di Nardo, P. A. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule Adult Version: Client interview schedule*. Oxford University Press.
- Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P. y Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised Anxiety Control Questionnaire. *Behavior Therapy*, 35(1), 75-99.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2013). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5, adult and lifetime version: Clinician manual*. New York: Oxford University Press.
- Brugha, T. S., Wheatley, S., Taub, N. A., Culverwell, A., Friedman, T., Kirwan, P., ... y Shapiro, D. A. (2000). Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychological medicine*, 30(06), 1273-1281.
- Brugha, T. S., Wheatley, S., Taub, N. A., Culverwell, A., Friedman, T., Kirwan, P., ... y Shapiro, D. A. (2000). Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychological medicine*, 30(06), 1273-1281.
- Brugha, T. S., Morrell, C. J., Slade, P. y Walters, S. J. (2011). Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychological Medicine*, 41(04), 739-748.
- Brummelte, S. y Galea, L. A. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(5), 766-776.
- Brummelte, S. y Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and behavior*, 77, 153-166.
- Brunton, P. J. y Russell, J. A. (2010). Endocrine induced changes in brain function during pregnancy. *Brain research*, 1364, 198-215.
- Bryan, T. L., Georgiopoulos, A. M., Harms, R. W., Huxsahl, J. E., Larson, D. R. y Yawn, B. P. (1999). Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *The Journal of reproductive medicine*, 44(4), 351-358.
- Buckwalter, J. G., Stanczyk, F. Z., McCleary, C. A., Bluestein, B. W., Buckwalter, D. K., Rankin, K. P., ... y Goodwin, T. M. (1999). Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*, 24(1), 69-84.
- Buist, A., Condon, J., Brooks, J., Speelman, C., Milgrom, J., Hayes, B., ... y Austin, M. P. (2006). Acceptability of routine screening for perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 93(1), 233-237.
- Buist, A., Ellwood, D., Brooks, J., Milgrom, J., Hayes, B. A., Sved-Williams, A., ... y Bilszta, J. (2007). National program for depression associated with childbirth: the

- Australian experience. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics y Gynaecology*, 21(2), 193-206.
- Buist, A., Westley, D. y Hill, C. (1999). Antenatal prevention of postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 1(4), 167-173.
- Buist, A., Gotman, N. y Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of affective disorders*, 131(1), 277-283.
- Bulik, C. M., Von Holle, A., Hamer, R., Berg, C. K., Torgersen, L., Magnus, P., ... y Reichborn-Kjennerud, T. (2007). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychological medicine*, 37(08), 1109-1118.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K. y Pop, V. J. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(5), 599-605.
- Buss, C., Davis, E. P., Hobel, C. J. y Sandman, C. A. (2011). Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6–9 years age. *Stress*, 14(6), 665-676.
- Butler, M., Kane, R. L., McAlpine, D., Kathol, R. G., Fu, S. S., Hagedorn, H. y Wilt, T. J. (2008). *Integration of mental health/substance abuse and primary care*. (Evidence Report/Technology Assessment No. 173, AHRQ Publication No. 09-E003). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Butler, M., Kane, R. L., McAlpine, D., Kathol, R., Fu, S. S., Hagedorn, H. y Wilt, T. (2011). Does integrated care improve treatment for depression?: a systematic review. *The Journal of ambulatory care management*, 34(2), 113-125.
- Byatt, N., Simas, T. A. M., Lundquist, R. S., Johnson, J. V. y Ziedonis, D. M. (2012). Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 33(4), 143-161.
- Byatt, N., Biebel, K., Debordes-Jackson, G., Lundquist, R. S., Simas, T. A. M., Weinreb, L. y Ziedonis, D. (2013a). Community mental health provider reluctance to provide pharmacotherapy may be a barrier to addressing perinatal depression: a preliminary study. *Psychiatric Quarterly*, 84(2), 169-174.
- Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Allison, J. J. y Ziedonis, D. M. (2013b). Barriers and Facilitators to Addressing Perinatal Depression in Obstetric Settings.
- Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Ziedonis, D. y Pbert, L. (2013c). Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals?. *General hospital psychiatry*, 35(6), 598-604.
- Byrnes, E. M., Byrnes, J. J. y Bridges, R. S. (2001). Increased sensitivity of dopamine systems following reproductive experience in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 68(3), 481-489.

- Cabero Roura, L., Saldívar Rodríguez, D. y Cabrillo Rodríguez, E. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid: Médica Panamericana.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M. y O'Kearney, R. (2009). The Youth Mood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioural program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, (6), 1021-1032.
- Calear, A. L y Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 192 (11), 12.
- Callaghan, W. M., MacDorman, M. F., Rasmussen, S. A., Qin, C. y Lackritz, E. M. (2006). The contribution of preterm birth to infant mortality rates in the United States. *Pediatrics*, 118(4), 1566-1573.
- Campagne, D. M. (2004). The obstetrician and depression during pregnancy. *European Journal of Obstetrics y Gynecology and Reproductive Biology*, 116(2), 125-130.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S. y Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4(01), 29-47.
- Campbell, S. B., Brownell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S. J., Mohan, R. y Blessing, J. S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and psychopathology*, 16(02), 231-252.
- Canady, R. B., Bullen, B. L., Holzman, C., Broman, C. y Tian, Y. (2008). Discrimination and symptoms of depression in pregnancy among African American and White women. *Women's Health Issues*, 18(4), 292-300.
- Card, J. J., y Kuhn, T. (2006). Development of Online Suites of Social Science-Based Resources for Health Researchers and Practitioners. *Social Science Computer Review*, 24(2), 255-261.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Carissoli, C., Villani, D. y Riva, G. (2015). Does a meditation protocol supported by a mobile application help people reduce stress? Suggestions from a controlled pragmatic trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(1), 46-53.
- Carrobbles, J. A. (1989). Adaptación en población española de la Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace, 1959. Cáceres Carrasco, J. (1996), *Manual de Terapia de Pareja en Intervención en familias*, 105-106.
- Carter, F. A., Carter, J. D., Luty, S. E., Wilson, D. A., Frampton, C. M. y Joyce, P. R. (2005). Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(4), 255-261.
- Carter, F. A., Frampton, C. M. y Mulder, R. T. (2006). Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 321-330.

- Chapman, H. A., Hobfoll, S. E. y Ritter, C. (1997). Partners' stress underestimations lead to women's distress: a study of pregnant inner-city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 418.
- Chapman, L. K., Kertz, S. J. y Woodruff-Borden, J. (2009). A structural equation model analysis of perceived control and psychological distress on worry among African American and European American young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 69-76.
- Chatzicharalampous, C., Rizos, D., Pliatsika, P., Leonardou, A., Hasiakos, D., Zervas, I., ... y Lambrinoudaki, I. (2011). Reproductive hormones and postpartum mood disturbances in Greek women. *Gynecological Endocrinology*, 27(8), 543-550.
- Chaudron, L. H., Szilagyi, P. G., Campbell, A. T., Mounts, K. O. y McInerney, T. K. (2007). Legal and ethical considerations: risks and benefits of postpartum depression screening at well-child visits. *Pediatrics*, 119(1), 123-128.
- Chávez-Courtois, M., Hernández-Maldonado, A., Arce-Zacarías, E., Bolaños-Delfín, I., González-Pacheco, Itzel, y Lartigue-Becerra, Teresa. (2008). Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. *Perinatol Reprod Hum*, 22(4), 270-278.
- Chee, C. Y., Lee, D. T., Chong, Y. S., Tan, L. K., Ng, T. P. y Fones, C. S. (2005). Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *Journal of affective disorders*, 89(1), 157-166.
- Cheng, E. R., Rifas-Shiman, S. L., Perkins, M. E., Rich-Edwards, J. W., Gillman, M. W., Wright, R. y Taveras, E. M. (2016). The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. *Journal of Women's Health*, 25(7), 672-679.
- Cheng, Y. H., Nicholson, R. C., King, B., Chan, E. C., Fitter, J. T. y Smith, R. (2000). Glucocorticoid Stimulation of Corticotropin-Releasing Hormone Gene Expression Requires a Cyclic Adenosine 3', 5'-Monophosphate Regulatory Element in Human Primary Placental Cytotrophoblast Cells 1. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 85(5), 1937-1945.
- Chew-Graham, C., Chamberlain, E., Turner, K., Folkes, L., Caulfield, L. y Sharp, D. (2008). GPs' and health visitors' views on the diagnosis and management of postnatal depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 58(548), 169-176.
- Chew-Graham, C. A., Sharp, D., Chamberlain, E., Folkes, L. y Turner, K. M. (2009). Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 10(1), 7.
- Cho, H. J., Kwon, J. H. y Lee, J. J. (2008). Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei medical journal*, 49(4), 553-562.
- Choate, L. y Gintner, G. (2011). Prenatal depression: Best practice guidelines for diagnosis and treatment. *Journal of Counseling and Development*, 89(3), 373-381.
- Choo, E. K., Ranney, M. L., Aggarwal, N. y Boudreaux, E. D. (2012). A Systematic Review of Emergency Department Technology-based Behavioral Health Interventions. *Academic Emergency Medicine*, 19(3), 318-328.

- Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 3-21. doi: 10.1037/0033-2909.124.1.3.
- Christensen, A. L., Stuart, E. A., Perry, D. F. y Le, H. N. (2011). Unintended pregnancy and perinatal depression trajectories in low-income, high-risk hispanic immigrants. *Prevention Science*, 12(3), 289–299.
- Christensen, H. y Griffiths, K.M. (2002). The prevention of depression using the internet. *The Medical Journal of Australia*, 177, 122- 125.
- Christensen, H., Griffiths, K. M. y Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328 (7434), 265-268.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J. y Brittliffe, K. (2006). Online randomized controlled trial of brief and full cognitive-behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine*, 36 (12), 1737–1746.
- Chrousos, G. P. y Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *Jama*, 267(9), 1244-1252.
- Chung, T. K., Lau, T. K. yip, A. S., Chiu, H. F. y Lee, D. T. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63(5), 830-834.
- Class, Q. A., Lichtenstein, P., Långström, N. y D'onofrio, B. M. (2011). Timing of prenatal maternal exposure to severe life events and adverse pregnancy outcomes: a population study of 2.6 million pregnancies. *Psychosomatic medicine*, 73(3), 234.
- Clatworthy, J. (2012). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of affective disorders*, 137(1), 25-34.
- Clements, A. D. y Ermakova, A. V. (2012). Surrender to God and stress: A possible link between religiosity and health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(2), 93.
- Clinical Practice Guidelines: Antenatal Care – Module 1*. (2012). Australian Health Ministers' Advisory Council. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra. <http://www.health.gov.au/antenatal>
- Coates, A. O., Schaefer, C. A. y Alexander, J. L. (2004). Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31(2), 117-133.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., . . . Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (2), 21-28.
- Coe, C. L., Lubach, G. R. y Karaszewski, J. W. (1999). Prenatal stress and immune recognition of self and nonself in the primate neonate. *Neonatology*, 76(5), 301-310.
- Cohen, S. y Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of applied social psychology*, 13(2), 99-125.

- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S. y Gwaltney, J. M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Jama*, 277(24), 1940-1944.
- Coleman, V. H., Carter, M. M., Morgan, M. A. y Schulkin, J. (2008). Obstetrician-gynecologists' screening patterns for anxiety during pregnancy. *Depression and anxiety*, 25(2), 114-123.
- Conde, V., Escribá, J. A. y Izquierdo, J. A. (1969). Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión (SDS) de Zung. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 24(99), 868-880.
- Conde, A., Figueiredo, B., Tendais, I., Teixeira, C., Costa, R., Pacheco, A., ... y Nogueira, R. (2010). Mother's anxiety and depression and associated risk factors during early pregnancy: effects on fetal growth and activity at 20–22 weeks of gestation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 31(2), 70-82.
- Condon, J. T. y Watson, T. L. (1987). The maternity blues: Exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(2), 164-171.
- Condon, J. T., Boyce, P. y Corkindale, C. J. (2004). The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 56-64.
- Conti, N. A. (2007). *Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: Polemos
- Cooklin, A. R., Rowe, H. J. y Fisher, J. R. (2007). Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(6), 483-490.
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., ... y Postuvan, V. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of affective disorders*, 150(2), 320-329.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (1999). *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Madrid: TEA.
- Costa, D. D., Brender, W. y Larouche, J. (1998). A prospective study of the impact of psychosocial and lifestyle variables on pregnancy complications. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 19(1), 28-37.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment*, 4(1), 5.
- Coussons-Read, M. E., Okun, M. L. y Nettles, C. D. (2007). Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain, behavior, and immunity*, 21(3), 343-350.
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

- Crawford, J. R. y Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245-265.
- Crockett, K., Zlotnick, C., Davis, M., Payne, N. y Washington, R. (2008). A depression preventive intervention for rural low-income African-American pregnant women at risk for postpartum depression. *Archives of women's mental health*, 11(5-6), 319.
- Cross, D. G. y Sharpley, C. F. (1981). The Locke-Wallace Marital Adjustment Test reconsidered: Some psychometric findings as regards its reliability and factorial validity. *Educational and Psychological Measurement*, 41(4), 1303-1306.
- Cubała, W. J. y Landowski, J. (2005). Serotonergic system and limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal axis (LHPA axis) in depression. *Psychiatria polska*, 40(3), 415-430.
- Cuijpers, P. y Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 325-331.
- Cuijpers, P., de Graaf, R. y van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of affective disorders*, 79(1), 71-79.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. y Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BMC psychiatry*, 8(1), 36.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. y Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957.
- Cuijpers, P., Beekman, A. T. F. y Reynolds, C. F. (2012). Preventing depression: A global priority. *Journal of the American Medical Association*. 307 (10), 1033-1034.
- Cutrona, C.E. (1986). Objective determinants of perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 349-355.
- Cutrona, C. E., Russell, D. y Rose, J. (1984). Psychosocial factors and physical and mental health among the elderly. Unpublished manuscript.
- Cutrona, C. E. y Russell, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones y D. Perlman (Eds.) *Advances in personal relationships* (Vol. 1, pp. 37-67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. y Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 609-621.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. y Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59(1), 31-40.

- Danaher, B. G., Milgrom, J., Seeley, J. R., Stuart, S., Schembri, C., Tyler, M. S., ... y Lewinsohn, P. (2013). MomMoodBooster web-based intervention for postpartum depression: Feasibility trial results. *Journal of medical Internet research*, 15(11), e242.
- Davé, S., Petersen, I., Sherr, L. y Nazareth, I. (2010). Incidence of maternal and paternal depression in primary care: a cohort study using a primary care database. *Archives of pediatrics y adolescent medicine*, 164(11), 1038-1044.
- Davidson, R. J. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition y Emotion*, 12(3), 307-330.
- Davila, J., Bradbury, T. N., Cohan, C. L. y Tochluk, S. (1997). Marital functioning and depressive symptoms: evidence for a stress generation model. *Journal of personality and social psychology*, 73(4), 849.
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C., Chicx-Demet, A. y Sandman, C. A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 46(6), 737-746.
- Davis, E. P., y Sandman, C. A. (2010). The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child development*, 81(1), 131-148.
- Davis, E. P. y Sandman, C. A. (2012). Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1224-1233.
- Davis, K., Pearlstein, T., Stuart, S., O'Hara, M. y Zlotnick, C. (2013). Analysis of brief screening tools for the detection of postpartum depression: Comparisons of the PRAMS 6-item instrument, PHQ-9, and structured interviews. *Archives of women's mental health*, 16(4), 271-277.
- Dayan, J., Creveuil, C., Dreyfus, M., Herlicoviez, M., Baleyte, J. M. y O'Keane, V. (2010). Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PloS one*, 5(9), e12942.
- de Rivera, J. G., Revuelta, J. L. y Morera Fumero, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11.
- De Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Costantini, M. L., Messembourg, C., De Luigi, V., ... y Limousin, B. (2004). Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(5), 261-265.
- Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2000 (resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).
- Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1948.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P. y Applebaum, S. (2007). Listening to mothers II: Report of the second national US survey of women's childbearing experiences. *The Journal of perinatal education*, 16(4), 9-14.



- Dennis, C. L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *Bmj*, 331(7507), 15.
- Dennis, C. L. (2006). Intensive postpartum support for postnatal depression has the most beneficial outcome-meta-analysis. *Evidence-based Obstetrics y Gynecology*, 8(3-4), 94-95.
- Dennis, C. L. y Boyce, P. (2004). Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 25(3-4), 305-311.
- Dennis, C. L. y Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, 33(4), 323-331.
- Dennis, C. L. y Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Systematic Review*, 4(4).
- Dennis, C. L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E. y Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *Bmj*, 338, a3064.
- Dennis, C. L. y Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Library*.
- Derogatis, L. R. (1983). SCL-90-R revised manual. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. y Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19(1), 1-15.
- Di Pietro, J. A. (2012). Maternal stress in pregnancy: considerations for fetal development. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), S3-S8.
- Di Pietro, J. A., Ghera, M. M., Costigan, K. y Hawkins, M. (2004). Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 25(3-4), 189-201.
- Di Pietro, J. A., Christensen, A. L. y Costigan, K. A. (2008). The pregnancy experience scale—brief version. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 29(4), 262-267.
- Di Pietro, J. A., Costigan, K. A. y Sipsma, H. L. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 29(2), 115-124.
- Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Cullen, C., Schanberg, S. y Kuhn, C. (2004). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 67(1), 63-80.
- Diego, M. A., Field, T. y Hernandez-Reif, M. (2005). Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior and Development*, 28(2), 155-164.

- Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. y Gonzalez-Quintero, V. H. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development*, 85(1), 65-70.
- Dieter, N., Field, T., Hernandez-Reif, M., Jones, N.A., Lecanuet, J.P., Salman, F.A., Redzepi, M. J. (2001). Maternal depression and increased fetal activity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21(5), 468-473.
- Díez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K. y Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686.
- Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales.* (2014). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhu, R. P., Jia, X. M., Zhang, S. F., ... y Tao, F. B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of affective disorders*, 159, 103-110.
- Dole, N., Savitz, D. A., Siega-Riz, A. M., Hertz-Picciotto, I., McMahon, M. J. y Buekens, P. (2004). Psychosocial factors and preterm birth among African American and White women in central North Carolina. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1358-1365.
- Dong, Y. y Guoliang, Y. (2009, August). Assessing two emotion regulation processes in Chinese adolescents. In *Natural Computation, 2009. ICNC'09. Fifth International Conference on* (Vol. 5, pp. 112-116). IEEE.
- Doornbos, B., Fokkema, D. S., Molhoek, M., Tanke, M. A., Postema, F. y Korf, J. (2009). Abrupt rather than gradual hormonal changes induce postpartum blues-like behavior in rats. *Life sciences*, 84(3), 69-74.
- Douma, S. L., Husband, C., O'donnell, M. E., Barwin, B. N. y Woodend, A. K. (2005). Estrogen-related mood disorders: Reproductive life cycle factors. *Advances in Nursing Science*, 28(4), 364-375.
- Dowlati, Y., Segal, Z. V., Ravindran, A. V., Steiner, M., Stewart, D. E. y Meyer, J. H. (2014). Effect of dysfunctional attitudes and postpartum state on vulnerability to depressed mood. *Journal of affective disorders*, 161, 16-20.
- Dudas, R. B., Csatordai, S., Devosa, I., Tőreki, A., Andó, B., Barabás, K., ... y Kozinszky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry research*, 200(2), 323-328.
- Dunkel-Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 62, 531-558.
- Dunkel-Schetter, C. D. y Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141.

- Dunkel-Schetter, C., Sagrestano, L. M., Feldman, P. A. M. E. L. A. y Killingsworth, C. (1996). Social support and pregnancy. In *Handbook of social support and the family* (pp. 375-412). Springer US.
- Dwork, D. (1987). *War is good for babies and other young children*. Londres: Tavistock.
- Earls, M. F. y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2010). Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*, 126(5), 1032-1039.
- Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrondal, A. y Eskild, A. (2004). Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 25(1), 15-21.
- Echeburúa, E. y Botella, C. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. España: Ediciones Martínez Roca.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Fernandez- Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 26(107), 325-340.
- eCouto, T. C., Cardoso, M. N., Brancaglioni, M. M., Faria, G. C., Garcia, F. D., Nicolato, R., ... y Corrêa, H. (2016). Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *Journal of affective disorders*, 192, 70-75.
- Edge, D. (2007). Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression—a comparative study among inner-city women in the United Kingdom. *Journal of psychosomatic research*, 63(3), 291-295.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T. y Dekker, G. (2008). Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 45-50.
- Ehlers, A., Gene-Cos, N. y Perrin, S. (2009). Low recognition of posttraumatic stress disorder in primary care. *London Journal of Primary Care*, 1, 36–42.
- Ehlert, U., Patalla, U., Kirschbaum, C., Piedmont, E. y Hellhammer, D. H. (1990). Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. *Journal of psychosomatic research*, 34(3), 319-325.
- Elliott, S. A., Levertton, T. J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J. y Bushnell, D. (2000). Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 223-241.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rütke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K., ... y Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human reproduction*, 22(3), 869-877.
- Emmelkamp, P. M. (2005). Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(6), 336-343.

- Emory, E. K. y Dieter, J. N. (2006). Maternal depression and psychotropic medication effects on the human fetus. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 287-291.
- Entringer, S. (2013). Impact of stress and stress physiology during pregnancy on child metabolic function and obesity risk. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 16(3), 320.
- Ertel, K. A., Kleinman, K., van Rossem, L., Sagiv, S., Tiemeier, H., Hofman, A., ... y Raat, H. (2012). Maternal perinatal depression is not independently associated with child body mass index in the Generation R Study: methods and missing data matter. *Journal of clinical epidemiology*, 65(12), 1300-1309.
- Escribè-Agüir, V., Gonzalez-Galarzo, M. C., Barona-Vilar, C. y Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences?. *Journal of epidemiology and community health*, 62(5), 410-414.
- European Commission. eHealth Action Plan 2012–2020. 2012. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/key\\_documents/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ehealth/key_documents/index_en.htm).
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. y Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj*, 323(7307), 257-260.
- Evans, J., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L. y Stein, A. (2012). The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 632-640.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. Routledge y K. Paul.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1987). *Personality and individual differences*. New York: Plenum.
- Eysenck, S. B., Eysenck, H. J. y Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and individual differences*, 6(1), 21-29.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1991). *Manual of Eysenck personality scales (EPS adult): comprising the EPQ-Revised (EPQ-R), EPQ-R short scale, Impulsiveness (IVE) questionnaire*. Hodder y Stoughton.
- Eysenck, S. B., Barrett, P. T. y Barnes, G. E. (1993). A cross-cultural study of personality: Canada and England. *Personality and individual differences*, 14(1), 1-9.
- Fachado, A. A., Rodríguez, M. M. y Castro, L. G. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de atención primaria*. 19 (2), 118-123.
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Tedesco, J. J. A., Kahalle, S. y Zugaib, M. (2008). Maternity "blues": prevalence and risk factors. *The Spanish journal of psychology*, 11(02), 593-599.
- Faisal-Cury, A., Savoia, M. G. y Menezes, P. R. (2012). Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *The Spanish journal of psychology*, 15(01), 295-305.

- Fan, F., Zou, Y., Ma, A. yue, Y., Mao, W. y Ma, X. (2009). Hormonal changes and somatopsychologic manifestations in the first trimester of pregnancy and post partum. *International Journal of Gynecology y Obstetrics*, 105(1), 46-49.
- Farkas, C., Santelices, M. P., Aracena, M. y Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socio emocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhé (Santiago)*, 17(1), 65-80.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V. y Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of affective disorders*, 82(2), 297-301.
- Fellenzer, J. L. y Cibula, D. A. (2014). Intendedness of pregnancy and other predictive factors for symptoms of prenatal depression in a population-based study. *Maternal and child health journal*, 18(10), 2426-2436.
- Fergusson, D.H., Horwood, L.J., Ridder, E.M. y Beautrais, A.L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62, 66-72.
- Fernandes, M., Stein, A., Srinivasan, K., Menezes, G., Renton, M., Zani, J. y Ramchandani, P. G. (2014). Maternal depression and foetal responses to novel stimuli: insights from a socio-economically disadvantaged Indian cohort. *Journal of developmental origins of health and disease*, 5(03), 178-182.
- Fernández- Alonso, M<sup>a</sup> C. (2003) *Violencia Doméstica*. Grupo de Salud Mental del PAPPS de la semiFYC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ferreira, C. R., Orsini, M. C., Vieira, C. R., do Amarante Paffaro, A. M. y Silva, R. R. (2015). Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. *Archives of gynecology and obstetrics*, 291(5), 999-1003.
- Ferretti, F., Franca, A. y Folini, M. (2012). Risk factors associated with postnatal depressive symptomatology: a study conducted in the Southern Area of the Local Health Unit of Modena. *Epidemiologia e prevenzione*, 37(2-3), 138-144.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Field, T., Fox, N. A., Pickens, J., & Nawrocki, T. (1995). Relative right frontal EEG activation in 3-to 6-month-old infants of "depressed" mothers. *Developmental Psychology*, 31(3), 358-363.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. yando, R. y Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and anxiety*, 17(3), 140-151.
- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., ... y Bendell, D. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development*, 27(2), 216-229.
- Field, T., Hernandez-Reif, M. y Diego, M. (2006). Risk factors and stress variables that differentiate depressed from nondepressed pregnant women. *Infant Behavior and Development*, 29(2), 169-174.

- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., ... y Kuhn, C. (2008). Prenatal dopamine and neonatal behavior and biochemistry. *Infant Behavior and Development*, 31(4), 590-593.
- Field, T., Diego, M. y Hernandez-Reif, M. (2010a). Prenatal depression effects and interventions: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(4), 409-418.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., ... y Kuhn, C. (2010b). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R. y Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment y Human Development*, 8(2), 123-138.
- Figueiredo, B. y Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of women's mental health*, 12(3), 143-153.
- Figueiredo, B. y Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *Journal of affective disorders*, 132(1), 146-157.
- Figueiredo, F. P., Parada, A. P., de Araujo, L. F., Silva Jr, W. A. y Del-Ben, C. M. (2015). The Influence of genetic factors on peripartum depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 172, 265-273.
- Figueiredo, H. F., Ulrich-Lai, Y. M., Choi, D. C. y Herman, J. P. (2007). Estrogen potentiates adrenocortical responses to stress in female rats. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 292(4), E1173-E1182.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV, Versión Clínica. Barcelona: MASSON.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., Holmes, W., (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin. World Health Organization*, 90(2), 139-149.
- Fisher, J., Tran, T., Tran, T. D., Dwyer, T., Nguyen, T., Casey, G. J., ... y Biggs, B. A. (2013). Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: a prospective population-based study. *Journal of affective disorders*, 146(2), 213-219.
- Flach, C., Leese, M., Heron, J., Evans, J., Feder, G., Sharp, D. y Howard, L. M. (2011). Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 118(11), 1383-1391.
- Flynn, H. A., Blow, F. C. y Marcus, S. M. (2006a). Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices. *General hospital psychiatry*, 28(4), 289-295.

- Flynn, H. A., O'Mahen, H. A., Massey, L. y Marcus, S. (2006b). The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. *Journal of Women's Health*, 15(10), 1195-1204.
- Flynn, H. A., Henshaw, E., O'Mahen, H. y Forman, J. (2010). Patient perspectives on improving the depression referral processes in obstetrics settings: a qualitative study. *General hospital psychiatry*, 32(1), 9-16.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Fonseca-Machado, M. D. O., Alves, L. C., Monteiro, J. C. D. S., Stefanello, J., Nakano, A. M. S., Haas, V. J. y Gomes-Sponholz, F. (2015). Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter?. *Journal of clinical nursing*, 24(9-10), 1289-1299.
- Forray, A., Mayes, L. C., Magriples, U. y Epperson, C. N. (2009). Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *The Journal of Maternal-Fetal y Neonatal Medicine*, 22(6), 522-527.
- Forty, L., Jones, L., Macgregor, S., Caesar, S., Cooper, C., Hough, A., ... y Brewster, S. (2006). Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1549-1553.
- Francis, L. J., Brown, L. B. y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, 13(4), 443-449.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L., Gracia, C. R., Nelson, D. B. y Hollander, L. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of general psychiatry*, 61(1), 62-70.
- Futterman, D., Shea, J., Besser, M., Stafford, S., Desmond, K., Comulada, W. S. y Greco, E. (2010). Mamekhaya: a pilot study combining a cognitive-behavioral intervention and mentor mothers with PMTCT services in South Africa. *AIDS care*, 22(9), 1093-1100.
- Gagnon, A. J. y Sandall, J. (2008). Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. La Biblioteca Cochrane Plus, (2).
- Gale, S. y Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 24(4), 257-266.
- Galea, L. A., Wide, J. K. y Barr, A. M. (2001). Estradiol alleviates depressive-like symptoms in a novel animal model of post-partum depression. *Behavioural brain research*, 122(1), 1-9.
- Galeazzi, A., Goti, F. y Vidotto, G. (1992). Le componenti dell'Eysenck Personality Questionnaire—Revised (EPQ-R). *Bollettino di Psicologia Applicata*, (202-03), 13-21.

- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. y Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11-19.
- Gao, L. L., Larsson, M. y Luo, S. Y. (2013). Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 29(7), 730-735.
- García López, M. y Otín Llop, R. (2007). Sobre la psicosis puerperal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 229-234.
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of affective disorders*, 75(1), 71-76.
- Gaspar, P., Cases, O. y Maroteaux, L. (2003). The developmental role of serotonin: news from mouse molecular genetics. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(12), 1002-1012.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M. y Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. y Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics y Gynecology*, 106(5, Part 1), 1071-1083.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... y Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary.
- Gennaro, S. (2005). Overview of current state of research on pregnancy outcomes in minority populations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5), S3-S10.
- Gentile, S. (2015). Untreated depression during pregnancy: Short-and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342, 154-166.
- Georgiopoulos, A. M., Bryan, T. L., Yawn, B. P., Houston, M. S., Rummans, T. A. y Thernau, T. M. (1999). Population-based screening for postpartum depression. *Obstetrics y Gynecology*, 93(5), 653-657.
- Georgiopoulos, A. M., Bryan, T. L., Wollan, P. y Yawn, B. P. (2001). Routine screening for postpartum depression. *Journal of Family Practice*, 50(2), 117-117.
- Gerardin, P., Wendland, J., Bodeau, N., Galin, A., Bialobos, S., Tordjman, S., ... y Cohen, D. (2011). Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. *Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 378-387.
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M. C., Lino, G., Lunardi, C., ... y Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of women's mental health*, 15(1), 21-30.



- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. y Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 350-364.
- Gilbody, S., Sheldon, T. y Wessely, S. (2006). Should we screen for depression?. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7548), 1027.
- Gilbody, S., Sheldon, T. y House, A. (2008). Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 178(8), 997-1003.
- Gitau, R., Cameron, A., Fisk, N. M. y Glover, V. (1998). Fetal exposure to maternal cortisol. *The Lancet*, 352(9129), 707-708.
- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C. y Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing research*, 55(5), 356-365.
- Gjerdingen, D. K. y Yawn, B. P. (2007). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(3), 280-288.
- Gjerdingen, D., Katon, W. y Rich, D. E. (2008). Stepped care treatment of postpartum depression: a primary care-based management model. *Women's Health Issues*, 18(1), 44-52.
- Glasheen, C., Colpe, L., Hoffman, V. y Warren, L. K. (2015). Prevalence of serious psychological distress and mental health treatment in a national sample of pregnant and postpartum women. *Maternal and child health journal*, 19(1), 204-216.
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V. y Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 25(3-4), 247-255.
- Glover, V. (2011). Annual research review: prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 356-367.
- Glover, V. (2015). Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. In *Perinatal programming of neurodevelopment* (pp. 269-283). New York: Springer
- Glover, V., Teixeira, J., Gitau, R. y Fisk, N. M. (1999). Mechanisms by which maternal mood in pregnancy may affect the fetus. *Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynaecology*, 11, 155-160.
- Glover, V., Miles, R., Matta, S., Modi, N. y Stevenson, J. (2005). Glucocorticoid exposure in preterm babies predicts saliva cortisol response to immunization at 4 months. *Pediatric research*, 58(6), 1233-1237.
- Glover, V., Bergman, K., Sarkar, P. y O'Connor, T. G. (2009). Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology*, 34(3), 430-435.

- Glover, V., O'Connor, T. G. y O'Donnell, K. (2010). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 35(1), 17-22.
- Glynn, L. M., Wadhwa, P. D., Dunkel-Schetter, C., Chicz-DeMet, A. y Sandman, C. A. (2001). When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 184(4), 637-642.
- Glynn, L. M., Schetter, C. D., Wadhwa, P. D. y Sandman, C. A. (2004). Pregnancy affects appraisal of negative life events. *Journal of psychosomatic research*, 56(1), 47-52.
- Glynn, L. M., Dunkel-Schetter, C. D., Chicz-DeMet, A., Hobel, C. J. y Sandman, C. A. (2007). Ethnic differences in adrenocorticotrophic hormone, cortisol and corticotropin-releasing hormone during pregnancy. *Peptides*, 28(6), 1155-1161.
- Glynn, L. M. y Sandman, C. A. (2012). Sex moderates associations between prenatal glucocorticoid exposure and human fetal neurological development. *Developmental science*, 15(5), 601-610.
- Glynn, L. M., Davis, E. P. y Sandman, C. A. (2013). New insights into the role of perinatal HPA-axis dysregulation in postpartum depression. *Neuropeptides*, 47(6), 363-370.
- Glynn, L. M. y Sandman, C. A. (2014). Evaluation of the association between placental corticotrophin-releasing hormone and postpartum depressive symptoms. *Psychosomatic medicine*, 76(5), 355-362.
- Goebert, D., Morland, L., Frattarelli, L., Onoye, J. y Matsu, C. (2007). Mental health during pregnancy: a study comparing Asian, Caucasian and Native Hawaiian women. *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 249-255.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G. y Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder and social phobia, 1991–1996. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1819–1821.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire* (NFER-Nelson, Windsor). United Kingdom: Google Scholar.
- Goldberg, D., Williams, P. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
- Gómez, C.S., Novillo, A.C., Duque, T.C., Sukkarieh, N.S., Tudela, M.C., Rodriguez, R.M. (2009). Información durante el embarazo: ¿De dónde la obtiene la gestante?. *Rev Paraninfo Digital*, 7.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G. y Christodoulou, G. N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of affective disorders*, 99(1), 107-115.
- González de Rivera, J.L. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Goodman, J. H., y Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health*, 19(3), 477-490.

- Goodman, S. H. y Tully, E. C. (2009). Recurrence of depression during pregnancy: psychosocial and personal functioning correlates. *Depression and anxiety*, 26(6), 557-567.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. y Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 1-27.
- Goodyear-Smith, F. A., van Driel, M. L., Arroll, B. y Del Mar, C. (2012). Analysis of decisions made in meta-analyses of depression screening and the risk of confirmation bias: a case study. *BMC medical research methodology*, 12(1), 76.
- Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Gordon, T. E., Cardone, I. A., Kim, J. J., Gordon, S. M. y Silver, R. K. (2006). Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstetrics y Gynecology*, 107(2, Part 1), 342-347.
- Gorman, L. L., O'Hara, M. W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M. H., ... y Sutter-Dallay, A. L. (2004). Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *The British Journal of Psychiatry*, 184(46), s17-s23.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Mount, J. H., Milne, K. y Cordy, N. I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(2), 269.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M. y Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of abnormal psychology*, 100(2), 122.
- Gottlieb, G. (1976). Conceptions of prenatal development: Behavioral embryology. *Psychological review*, 83(3), 215.
- Gottlieb, G. y Halpern, C. T. (2002). A relational view of causality in normal and abnormal development. *Development and Psychopathology*, 14(03), 421-435.
- Grace, S. L., Evindar, A. y Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6(4), 263-274.
- Graignic-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A. Y. y Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. *Neuroscience y biobehavioral reviews*, 43, 137-162.
- Grant, K. A., McMahon, C. y Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 101-111.

- Graziani, P., Pedinielli, J. L., Swendsen, J. D. y Pedinielli, J. L. (2004). *Le stress: émotions et stratégies d'adaptation*. Armand Colin.
- Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E. y Snowden, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of health psychology*, 8(6), 753-764.
- Greenwood, J. y Parker, G. (1984). The dexamethasone suppression test in the puerperium. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 18(3), 282-284.
- Griffiths, K. M. y Christensen, H. (2006). Review of randomised controlled trials of Internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*, 10, 16-29.
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., ... y Martinovic, J. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 74(4), e321-e341.
- Grochmal-Bach, B., Pachalska, M., Markiewicz, K., Tomaszewski, W., Olszewski, H. y Pufal, A. (2009). Rehabilitation of a patient with aphasia due to severe traumatic brain injury. *Medical Science Monitor*, 15(4), CS67-CS76.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Grote, N. K., Swartz, H. A., Geibel, S. L., Zuckoff, A., Houck, P. R. y Frank, E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services*, 60(3), 313-321.
- Groves, A. K., Kagee, A., Maman, S., Moodley, D. y Rouse, P. (2012). Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. *Journal of interpersonal violence*, 27(7), 1341-1356.
- Grussu, P. y Quatraro, R. M. (2009). Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: A sample drawn from antenatal classes. *European Psychiatry*, 24, 327-333.
- Gu, H., Hu, D., Hong, X. R., Mao, J., Cui, Y., Hui, N. y Sha, J. Y. (2003). Changes and significance of orphanin and serotonin in patients with postpartum depression. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 38(12), 727-728.
- Guardino, C. M. y Dunkel-Schetter, C. (2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health psychology review*, 8(1), 70-94.
- Guardino, C. M., Dunkel-Schetter, C., Bower, J. E., Lu, M. C. y Smalley, S. L. (2014). Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychology y health*, 29(3), 334-349.
- Guintivano, J., Arad, M., Gould, T. D., Payne, J. L. y Kaminsky, Z. A. (2014). Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Molecular psychiatry*, 19(5), 560-567.

- Gurung, R. A., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C. y Hobel, C. J. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 497-519.
- Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. (2014). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*, 394-404.
- Gutiérrez-Lobos, K., Scherer, M., Anderer, P. y Katschnig, H. (2002). The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC psychiatry*, 2(1), 3.
- Hadley, C., Tegegn, A., Tessema, F., Asefa, M. y Galea, S. (2008). Parental symptoms of common mental disorders and children's social, motor, and language development in sub-Saharan Africa. *Annals of human biology*, 35(3), 259-275.
- Haeri, S., Baker, A. M. y Ruano, R. (2013). Do pregnant women with depression have a pro-inflammatory profile?. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(5), 948-952.
- Haga, S. M., Drozd, F., Brendryen, H. y Slinning, K. (2013). Mamma mia: a feasibility study of a web-based intervention to reduce the risk of postpartum depression and enhance subjective well-being. *JMIR research protocols*, 2(2), e29.
- Hagan, R., Evans, S. F. y Pope, S. (2004). Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 111(7), 641-647.
- Halbreich, U. (2004). Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research. *CNS spectrums*, 9(03), 177-184.
- Halbreich, U. y Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 91(2), 97-111.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social y Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V. y Sandler, M. (1992). Links between early postpartum mood and post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 160(6), 777-780.
- Hansen, D., Lou, H. C. y Olsen, J. (2000). Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *The Lancet*, 356(9233), 875-880.
- Harris, A. y Seckl, J. (2011). Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease. *Hormones and behavior*, 59(3), 279-289.
- Hartley, M., Tomlinson, M., Greco, E., Comulada, W. S., Stewart, J., Le Roux, I., ... y Rotheram-Borus, M. J. (2011). Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reproductive health*, 8(1), 9.

- Harvey, S. T. y Pun, P. K. (2007). Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *International journal of mental health nursing*, 16(3), 161-167.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S. y Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62 (10), 1097-1106.
- Hau, F. W. y Levy, V. A. (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of affective disorders*, 75(2), 197-203.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O. y Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child development*, 81(1), 149-165.
- Hayes, L. J., Goodman, S. H. y Carlson, E. (2013). Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attachment and human development*, 15(2), 133-153.
- Healthy People 2010. *Understanding and improving health 2000*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Hearn, L., Miller, M. y Lester, L. (2014). Reaching perinatal women online: the Healthy You, Healthy Baby website and app. *Journal of obesity*, 2014.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S. y Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *Bmj*, 307(6898), 234-239.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. y Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological psychiatry*, 54(12), 1389-1398.
- Helson, R. y Kwan, V. S. (2000). Personality development in adulthood: The broad picture and processes in one longitudinal sample. *Advances in personality psychology*, 1, 77-106.
- Henderson, G., Henderson, J., Lavikainen, J., McDaid, D. *Actions Against Depression: Improving Mental Health and Well Being by Combating the Adverse Health, Social and Economic Consequences of Depression*. (2004). Luxemburgo: Commission of the European Communities, Health and Consumer Protection Directorate General.
- Hendrick, V., Altshuler, L. L. y Suri, R. (1998). Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*, 39(2), 93-101.
- Henrichs, J., Schenk, J. J., Roza, S. J., Van den Berg, M. P., Schmidt, H. G., Steegers, E. A. P., ... y Tiemeier, H. (2010). Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: the Generation R Study. *Psychological medicine*, 40(04), 633-643.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), s33-s42.
- Henshaw, C., Foreman, D. y Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 25(3-4), 267-272.

- Herlenius, E. y Lagercrantz, H. (2001). Neurotransmitters and neuromodulators during early human development. *Early human development*, 65(1), 21-37.
- Herman, J. P., Figueiredo, H., Mueller, N. K., Ulrich-Lai, Y., Ostrander, M. M., Choi, D. C. y Cullinan, W. E. (2003). Central mechanisms of stress integration: hierarchical circuitry controlling hypothalamo–pituitary–adrenocortical responsiveness. *Frontiers in neuroendocrinology*, 24(3), 151-180.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. y ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Herrman H, Saxena S, Moodie R (2004). Promoviendo la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra, *Organización Mundial de la Salud*.
- Hewitt, C. E. y Gilbody, S. M. (2009). Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: a systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 116(8), 1019-1027.
- Hewitt, C., Gilbody, S., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., ... y Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment*, 13(36), 1-145.
- Hill, C. (2010). An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria. *UK: National Screening Committee*.
- Hinrichsen, G.A. (2010). Public policy and the provision of psychological services to older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 97–103.
- Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck Jr, P. E., ... y Russell, J. M. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875.
- Hock, E., Schirtzinger, M. B., Lutz, M. B. y Widaman, K. (1995). Maternal depressive symptomatology over the transition to parenthood: Assessing the influence of marital satisfaction and marital sex role traditionalism. *Journal of family psychology*, 9(1), 79.
- Hoffman, S. y Hatch, M. C. (1996). Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 10(4), 380-405.
- Hoffman, S. y Hatch, M. C. (2000). Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychology*, 19(6), 535.
- Holm, J. E. y Holroyd, K. A. (1992). The Daily Hassles Scale (revised): Does it measure stress or symptoms? *Behavioral Assessment*, 14(1), 465 -482.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.

- Holopainen, D. (2002). The experience of seeking help for postnatal depression. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 19(3), 39.
- Holzman, C., Eyster, J., Tiedje, L. B., Roman, L. A., Seagull, E. y Rahbar, M. H. (2006). A life course perspective on depressive symptoms in mid-pregnancy. *Maternal and child health journal*, 10(2), 127.
- Hompes, T., Izzi, B., Gellens, E., Morreels, M., Fieuws, S., Pexsters, A., ... y Verhaeghe, J. (2013). Investigating the influence of maternal cortisol and emotional state during pregnancy on the DNA methylation status of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) promoter region in cord blood. *Journal of Psychiatric Research*, 47(7), 880-891.
- Honey, K., Morgan, M. y Bennett, P. (2003). A stress-coping transactional model of low mood following childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 129-143.
- Horowitz, J. A. y Goodman, J. (2004). A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. *Research and theory for nursing practice*, 18(2-3), 149-163.
- Horowitz, J. A. y Cousins, A. (2006). Postpartum depression treatment rates for at-risk women. *Nursing research*, 55(2), S23-S27.
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K. y Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 10(5), e1001452.
- Howell, E. A., Mora, P. A., Horowitz, C. R. y Leventhal, H. (2005). Racial and ethnic differences in factors associated with early postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and gynecology*, 105(6), 1442.
- Huizink, A. C., de Medina, P. G. R., Mulder, E. J., Visser, G. H. y Buitelaar, J. K. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 132-140.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. y Buitelaar, J. K. (2004a). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility?. *Psychological bulletin*, 130(1), 115.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H. y Buitelaar, J. K. (2004b). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?. *Early human development*, 79(2), 81-91.
- Hunter, C. L., Goodie, J. L., Oordt, M. S. y Dobmeyer, A. C. (2009). *Integrated behavioral health in primary care: Step-by-step guidance for assessment and intervention*. American Psychological Association.
- Husain, N., Parveen, A., Husain, M., Saeed, Q., Jafri, F., Rahman, R., ... y Chaudhry, I. B. (2011). Prevalence and psychosocial correlates of perinatal depression: a cohort study from urban Pakistan. *Archives of women's mental health*, 14(5), 395.
- Husain, N., Cruickshank, J. K., Tomenson, B., Khan, S. y Rahman, A. (2012a). Maternal depression and infant growth and development in British Pakistani women: a cohort study. *BMJ open*, 2(2), e000523.



- Husain, N., Cruickshank, K., Husain, M., Khan, S., Tomenson, B. y Rahman, A. (2012). Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *Journal of affective disorders*, 140(3), 268-276.
- Ibañez, G., Charles, M. A., Forhan, A., Magnin, G., Thiebaugeorges, O., Kaminski, M., ... y EDEN Mother–Child Cohort Study Group. (2012). Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: data from the EDEN mother–child cohort. *Early human development*, 88(8), 643-649.
- Ingram, R. E., Odom, M. y Mitchusson, L. (2004). Secondary prevention of depression: Risk, vulnerability, and intervention. En D. J. A. Dozois y K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ioannidis, J. P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS med*, 2(8), e124.
- Ip, W. Y., Tang, C. S. y Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2125-2135.
- Jaffré, Y. y Olivier de Sardan, J.P. (2003). *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala.
- Jakobsson, U. L. F. y Hallberg, I. R. (2002). Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 11(4), 430-443.
- Jané-Llopis, E., Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nimega: Radboud University Nijmegen.
- Jansson, T. y Powell, T. L. (2007). Role of the placenta in fetal programming: underlying mechanisms and potential interventional approaches. *Clinical science*, 113(1), 1-13.
- Jeong, H. G., Lim, J. S., Lee, M. S., Kim, S. H., Jung, I. K. y Joe, S. H. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *General hospital psychiatry*, 35(4), 354-358.
- Jesse, D. E. (2003). Prenatal psychosocial needs: differences between a TennCare group and a privately insured group in Appalachia. *Journal of health care for the poor and underserved*, 14(4), 535-549.
- Jesse, D. E., Seaver, W. y Wallace, D. C. (2003). Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery*, 19(3), 191-202.
- Jesse, D. E., Walcott-McQuigg, J., Mariella, A. y Swanson, M. S. (2005). Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 50(5), 405-410.

- Jihye, H. y Iftekhar, S. N. (2016). Comparison on the Use of Smartphone Application between International and Korean Pregnant Women. *International Journal of Information and Education Technology*, 6(5), 404.
- Joffres, M., Jaramillo, A., Dickinson, J., Lewin, G., Pottie, K., Shaw, E., ... y Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2013). Recommendations on screening for depression in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 185(9), 775-782.
- John, O. P. y Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research*, 2(1999), 102-138.
- Johnson, M. H. y De Haan, M. (2015). *Developmental cognitive neuroscience: An introduction*. United Kingdom: John Wiley y Sons.
- Johnson, M., Schmeid, V., Lupton, S. J., Austin, M. P., Matthey, S. M., Kemp, L., ... y Yeo, A. E. (2012). Measuring perinatal mental health risk. *Archives of women's mental health*, 15(5), 375-386.
- Johnson, S. A. (2014). "Maternal devices", social media and the self-management of pregnancy, mothering and child health. *Societies*, 4(2), 330-350.
- Jomeen, J., Spiteri, M. C., Draper, J. y Martin, C. (2014). Exploring the relationship between postpartum physical recovery and wellbeing. in *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32, 31-33.
- Jonas, W., Mileva-Seitz, V., Girard, A. W., Bisceglia, R., Kennedy, J. L., Sokolowski, M., ... y Steiner, M. (2013). Genetic variation in oxytocin rs2740210 and early adversity associated with postpartum depression and breastfeeding duration. *Genes, Brain and Behavior*, 12(7), 681-694.
- Jones, S. A., Brooks, A. N. y Challis, J. R. G. (1989). Steroids modulate corticotropin-releasing hormone production in human fetal membranes and placenta. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 68(4), 825-830.
- Jonsdottir, S. S., Thome, M., Steingrimsdottir, T., Lydsdottir, L. B., Sigurdsson, J. F., Olafsdottir, H. y Swahnberg, K. (2016). Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women and Birth*.
- Jorm, A. F., Griffiths, K. M., Christensen, H., Korten, A. E., Parslow, R. A. y Rodgers, B. (2003). Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: a randomized controlled trial of effects on mental health literacy, help-seeking and symptoms. *Psychological Medicine*, 33(06), 1071-1079.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C. y Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 80, 251-255.
- Jylhä, P. y Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and anxiety*, 23(5), 281-289.

- Kaltenthaler, E., Parry, G., Beverley, C. y Ferriter, M. (2008). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193, 181-184.
- Kammerer, M., Adams, D., Von Castelberg, B. y Glover, V. (2002). Pregnant women become insensitive to cold stress. *BMC pregnancy and childbirth*, 2(1), 8.
- Kaplan, L. A., Evans, L. y Monk, C. (2007). Effects of mothers' prenatal psychiatric status and postnatal caregiving on infant biobehavioral regulation: can prenatal programming be modified?. *Early human development*, 84(4), 249-256.
- Karasouli, E. y Adams, A. (2014). Assessing the evidence for e-resources for mental health self-management: a systematic literature review. *JMIR mental health*, 1(1), e3.
- Karmaliani, R., Asad, N., Bann, C. M., Moss, N., McClure, E. M., Pasha, O., ... y Goldenberg, R. L. (2009). Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(5), 414-424.
- Kazdin, A. E. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, 66(8), 685.
- Kazdin, A. E. y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (1), 21-37.
- Keegan, J., Parva, M., Finnegan, M., Gerson, A. y Belden, M. (2010). Addiction in pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 175-191.
- Kelly, R. H., Zatzick, D. F. y Anders, T. F. (2001). The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *American journal of psychiatry*, 158(2), 213-219.
- Kendler, K. S. y Gardner, C. O. (2001). Monozygotic twins discordant for major depression: a preliminary exploration of the role of environmental experiences in the aetiology and course of illness. *Psychological Medicine*, 31(03), 411-423.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Gatz, M. y Pedersen, N. L. (2007). The sources of comorbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological medicine*, 37(03), 453-462.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O. y Pedersen, N. L. (2006). Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of general psychiatry*, 63(10), 1113-1120.
- Kennerley, H. y Gath, D. (1989). Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *The British Journal of Psychiatry*, 155(3), 356-362.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K. y Wagner, B. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(6), 372-381.

- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*, 74(1), 5-13.
- Kessler, R. C. y Greenberg; P. (2002). The economic burden of anxiety of anxiety and stress disorders, En L.D. Kennet, D. Charney, J. T. Coyle C. H. y Nemeroff (Eds.), *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress* (pp. 981-991). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and ageofonset distributions of DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R. y Wang, P.S. (2007). Prevalence, comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 137-158.
- Khashan, A. S., McNamee, R., Abel, K. M., Pedersen, M. G., Webb, R. T., Kenny, L. C., ... y Baker, P. N. (2008). Reduced infant birthweight consequent upon maternal exposure to severe life events. *Psychosomatic medicine*, 70(6), 688-694.
- Kim, H. G., Mandell, M., Crandall, C., Kuskowski, M. A., Dieperink, B. y Buchberger, R. L. (2006). Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Archives of Women's Mental Health*, 9(2), 103-107.
- Kim, J. J., La Porte, L. M., Corcoran, M., Magasi, S., Batza, J. y Silver, R. K. (2010a). Barriers to mental health treatment among obstetric patients at risk for depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(3), 312-e1.
- Kim, P., Leckman, J. F., Mayes, L. C., Feldman, R., Wang, X. y Swain, J. E. (2010b). The plasticity of human maternal brain: longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral neuroscience*, 124(5), 695.
- Kim, S., Soeken, T. A., Cromer, S. J., Martinez, S. R., Hardy, L. R. y Strathearn, L. (2014). Oxytocin and postpartum depression: Delivering on what's known and what's not. *Brain research*, 1580, 219-232.
- King, B. R., Smith, R. y Nicholson, R. C. (2001). The regulation of human corticotrophin-releasing hormone gene expression in the placenta. *Peptides*, 22(5), 795-801.
- King, N. M., Chambers, J., O'Donnell, K., Jayaweera, S. R., Williamson, C. y Glover, V. A. (2010). Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Archives of women's mental health*, 13(4), 339-345.
- King-Hele, S., Webb, R. T., Mortensen, P. B., Appleby, L., Pickles, A. y Abel, K. M. (2009). Risk of stillbirth and neonatal death linked with maternal mental illness: a national cohort study. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 94(2), F105-F110.
- Kingston, D. (2011). The effects of prenatal and postpartum maternal psychological distress on child development: a systematic review. *Edmonton, AB: Alberta Centre for Child, Family and Community Research*.

- Kingston, D. E., Biringer, A., Toosi, A., Heaman, M. I., Lasiuk, G. C., McDonald, S. W., ... y Austin, M. P. (2015c). Disclosure during prenatal mental health screening. *Journal of affective disorders*, 186, 90-94.
- Kingston, D., Austin, M. P., Heaman, M., McDonald, S., Lasiuk, G., Sword, W., ... y Kingston, J. (2015a). Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *Journal of affective disorders*, 186, 350-357.
- Kingston, D., Austin, M. P., McDonald, S. W., Vermeyden, L., Heaman, M., Hegadoren, K., ... y van Zanten, S. V. (2015b). Pregnant women's perceptions of harms and benefits of mental health screening. *PLoS one*, 10(12), e0145189.
- Kingston, D., McDonald, S., Tough, S., Austin, M. P., Hegadoren, K. y Lasiuk, G. (2014). Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: a population based survey. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 67.
- Kingston, D., Tough, S. y Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry y Human Development*, 43(5), 683-714.
- Kinney, D. K., Munir, K. M., Crowley, D. J. y Miller, A. M. (2008). Prenatal stress and risk for autism. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 32(8), 1519-1532.
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M. y Toda, M. A. (1993). Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychological medicine*, 23(04), 967-975.
- Klompshouwer, J. L. y Hulst, A. M. (1991). Classification of postpartum psychosis: a study of 250 mother and baby admissions in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 255-261.
- Knoph, C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C., ... y Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 355-368.
- Ko, J., Farr, S., Dietz, P. y Robbins, C. (2012). Depression and treatment among U.S. pregnant and non-pregnant women of reproductive age, 2005-2009. *Journal of Women's Health*, 21, 830-836.
- Kofman, O. (2002). The role of prenatal stress in the etiology of developmental behavioural disorders. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 26(4), 457-470.
- Koleva, H., Stuart, S., O'Hara, M. W. y Bowman-Reif, J. (2011). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Archives of women's mental health*, 14(2), 99-105.
- Kolovos, S., Kleiboer, A. y Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.
- Korhonen, M., Luoma, I., Salmelin, R. y Tamminen, T. (2012). A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of affective disorders*, 136(3), 680-692.

- Korman, G. P. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Kosińska-Kaczyńska, K., Horosz, E., Wielgoś, M. y Szymusik, I. (2008). Affective disorders in the first week after the delivery: prevalence and risk factors. *Ginekologia polska*, 79(3), 182-185.
- Koutra, K., Chatzi, L., Bagkeris, M., Vassilaki, M., Bitsios, P. y Kogevinas, M. (2013). Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(8), 1335-1345.
- Kozhimannil, K. B., Adams, A. S., Soumerai, S. B., Busch, A. B. y Huskamp, H. A. (2011). New Jersey's efforts to improve postpartum depression care did not change treatment patterns for women on medicaid. *Health Affairs*, 30(2), 293-301.
- Kozinszky, Z., Dudas, R. B., Devosa, I., Csator dai, S., Tóth, É., Szabó, D., ... y Pál, A. (2012). Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(2), 98-107.
- Kranzler, H. R., Kadden, R. M., Burleson, J. A., Babor, T. F., Apter, A. y Rounsaville, B. J. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: Is the interview more important than the interviewer?. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 278-288.
- Kroenke K, Spitzer R L, Williams J B (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care*, 41(11), 1284-1292.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O. y Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), 317-325.
- Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Kumpuniemi, S. y Melartin, T. (2010). Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(6), 554-557.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., y Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 487-490.
- Lacasse, J. R. y Leo, J. (2005). Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature. *PLoS Med*, 2(12), e392.
- Ladd, C. O., Huot, R. L., Thirivikraman, K. V., Nemeroff, C. B., Meaney, M. J. y Plotsky, P. M. (1999). Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. *Progress in brain research*, 122, 81-103.

- Lagan, B. M., Sinclair, M. y Kernohan, W. G. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. *Birth*, 37(2), 106-115.
- Lagan, B. M., Sinclair, M. y Kernohan, W. G. (2011). What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth*, 38(4), 336-345.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A. yoo, H., Marcus, S. M. y Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(1), 5-14.
- Lanczik, M., Spingler, H., Heidrich, A., Becker, T., Kretzer, B., Albert, P. y Fritze, J. (1992). Post partum blues: depressive disease or pseudoneurasthenic syndrome. *Journal of affective disorders*, 25(1), 47-52.
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y estrés*, 8(2), 173-182.
- Lang, A. (2012). Global Health Regimes and the Adoption of eHealth Policies. Paper prepared for presentation at the 22nd World Congress of Political Science Panel "The Changing Architecture of Global Health Governance".
- Laplante, D. P., Brunet, A., Schmitz, N., Ciampi, A. y King, S. (2008). Project Ice Storm: Prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5½-year-old children. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1063-1072.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., y Rubí, N. A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36.
- Lara, M. A., Navarro, C. y Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of affective disorders*, 122(1), 109-117.
- Larsen, R. J., Diener, E. y Emmons, R. A. (1986). Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of personality and social psychology*, 51(4), 803.
- Larsson, C., Sydsjö, G. y Josefsson, A. (2004). Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstetrics y Gynecology*, 104(3), 459-466.
- Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25(1), 14-20.
- Lau, Y. y Keung, D. W. F. (2007). Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science y Medicine*, 64(9), 1802-1811.
- Laurent, H. K. y Ablow, J. C. (2013). A face a mother could love: depression-related maternal neural responses to infant emotion faces. *Social neuroscience*, 8(3), 228-239.

- Lawrence, E., Bunde, M., Barry, R. A., Brock, R. L., Sullivan, K. T., Pasch, L. A., ... y Adams, E. E. (2008). Partner support and marital satisfaction: Support amount, adequacy, provision, and solicitation. *Personal Relationships*, 15(4), 445-463.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Stress, coping and appraisal.
- Le Strat, Y., Dubertret, C. y Le Foll, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of affective disorders*, 135(1), 128-138.
- Le, H. N. y Muñoz, R. F. (1998). The Maternal Mood Screener. *Unpublished measure*]. Retrieved October, 2, 2005.
- Le, H. N., Muñoz, R. F., Soto, J. A., Delucchi, K. L. y Ippen, C. G. (2004). Identifying risk for onset of major depressive episodes in low-income Latinas during pregnancy and postpartum. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(4), 463-482.
- Le, H. N., Perry, D. F. y Stuart, E. A. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 135.
- Le, H.-N., Muñoz, R. F., Ippen, C. G. y Stoddard, J. L. (2003). Treatment is not enough: We must prevent major depression in women. *Prevention y Treatment*, 6 (1), 10a.
- Leathers, S. J. y Kelley, M. A. (2000). Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 523.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... y Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry*, 12(5), 224-231.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W. y Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics y Gynecology*, 110(5), 1102-1112.
- Lee, D. T. y Chung, T. K. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics y Gynaecology*, 21(2), 183-191.
- Lee, E., Hor, K., Denison, F. y Reynolds, R. (2015). Is there a role for a web-based mental health and wellbeing self-management resource for use during pregnancy? A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 61, 57.
- Leiferman, J. A., Dauber, S. E., Heisler, K. y Paulson, J. F. (2008). Primary care physicians' beliefs and practices toward maternal depression. *Journal of Women's Health*, 17(7), 1143-1150.
- Leiferman, J. A., Dauber, S. E., Scott, K., Heisler, K. y Paulson, J. F. (2010). Predictors of maternal depression management among primary care physicians. *Depression research and treatment*, 2010.
- Leigh, B. y Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8(1), 24.



- Leight, K. L., Fitelson, E. M., Weston, C. A. y Wisner, K. L. (2010). Childbirth and mental disorders. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 453-471.
- Leis, J. A., Heron, J., Stuart, E. A. y Mendelson, T. (2014). Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: does prenatal mental health matter?. *Journal of abnormal child psychology*, 42(1), 161-171.
- Letourneau, N. L., Tramonte, L. y Willms, J. D. (2013). Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(3), 223-234.
- Leung, B. M. y Kaplan, B. J. (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link—a review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(9), 1566-1575.
- Leung, S. S., Leung, C., Lam, T. H., Hung, S. F., Chan, R. yeung, T., ... y Lee, D. T. (2010). Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, fdq075.
- Leventhal, H. y Tomarken, A. (1987). Stress and illness: Perspectives from health psychology. *Stress and health: Issues in research methodology*, 27-55.
- Levin, J. S. (1991). The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *Journal of health and social behavior*, 368-381.
- Levy, L. B. y O'Hara, M. W. (2010). Psychotherapeutic interventions for depressed, low-income women: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 934-950.
- Lewinsohn, P.M. (1992). *Control your depression*. New York: Simon and Schuster.
- Li, J., Olsen, J., Vestergaard, M. y Obel, C. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder in the offspring following prenatal maternal bereavement: a nationwide follow-up study in Denmark. *European child y adolescent psychiatry*, 19(10), 747-753.
- Libro Verde. *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en Salud Mental*. (2005). Comisión de las Comunidades Europeas.
- Lightman, S. L., Windle, R. J., Wood, S. A., Kershaw, Y. M., Shanks, N. y Ingram, C. D. (2001). Peripartum plasticity within the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Progress in brain research*, 133, 111-129.
- Lima-Pereira, P., Bermúdez-Tamayo, C. y Jasienska, G. (2012). Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *Journal of clinical nursing*, 21(3-4), 322-330.
- Lintvedt, O. K., Griffiths, K. M., Sørensen, K., Østvik, A. R., Wang, C. E., Eisemann, M. y Waterloo, K. (2013). Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help intervention for the prevention of depression: a randomized controlled trial. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 20 (1), 10-27.
- Lisspers, J., Nygren, A. y Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(4), 281-286.

- Littleton, H. L., Breitkopf, C. R. y Berenson, A. B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 196(5), 424-432.
- Lobel, M. (1994). Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 17(3), 225-272.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg depression rating scale y la Hamilton anxiety rating scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499.
- Locke, H. J. y Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and family living*, 21(3), 251-255.
- Locke, S. E., Kowaloff, H. B., Hoff, R. G., Safran, C., Popovsky, M. A., Cotton, D. J., ... y Slack, W. V. (1994). Computer interview for screening blood donors for risk of HIV transmission. *MD computing: computers in medical practice*, 11(1), 26-32.
- Lopez, W. D., Konrath, S. H. y Seng, J. S. (2011). Abuse-Related Post-Traumatic Stress, Coping, and Tobacco Use in Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, y Neonatal Nursing*, 40(4), 422-431.
- López-Castedo, A. y Fernández, L. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 100(3), 676-680.
- Lorente, E., Ibáñez, M. I., Moro, M. y Ruipérez, M. A. (2002). Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y Salud Integral*, 2(2), 45-50.
- Lorian, C. N., Titov, N. y Grisham, J. R. (2012). Changes in risk-taking over the course of an internetdelivered cognitive behavioral therapy treatment for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (1), 140-149.
- Loudon I. (1993). Childbirth. En: Bynum WF, Porter R (Eds.), *Companion encyclopedia of the history of medicine* (1050–1071). Londres y Nueva York: Routledge.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. y Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 20(5), 561-592.
- Lovisi, G. M., Lopez, J. R. R., Coutinho, E. S. F. y Patel, V. (2005). Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine*, 35(10), 1485-1492.
- Luke, S., Salihu, H. M., Alio, A. P., Mbah, A. K., Jeffers, D., Berry, E. L. y Mishkit, V. R. (2009). Risk factors for major antenatal depression among low-income African American women. *Journal of Women's Health*, 18(11), 1841-1846.
- Lumley J., C. Chamberlain, T. Dowswell, S. Oliver, L. Oakley, and L. Watson. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD001055, 2009.

- Lund, S., Nielsen, B. B., Hemed, M., Boas, I. M., Said, A., Said, K., ... y Rasch, V. (2014). Mobile phones improve antenatal care attendance in Zanzibar: a cluster randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 29.
- Lundy, B. L., Jones, N. A., Field, T., Nearing, G., Davalos, M., Pietro, P. A., ... y Kuhn, C. (1999). Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development*, 22(1), 119-129.
- Lundy, B., Field, T. y Pickens, J. (1996). Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior and Development*, 19(4), 419-424.
- Lydsdottir, L. B., Howard, L. M., Olafsdottir, H., Thome, M., Tyrfinngsson, P. y Sigurdsson, J. F. (2014). The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(4), 393-398.
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., ... y Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The lancet*, 359(9304), 378-385.
- Maccari, S., Darnaudery, M., Morley-Fletcher, S., Zuena, A. R., Cinque, C. y Van Reeth, O. (2003). Prenatal stress and long-term consequences: implications of glucocorticoid hormones. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 27(1), 119-127.
- Mackinnon, A., Griffiths, K.M. y Christensen, H. (2008). Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-months outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 192, 130-113.
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish journal of psychology*, 11(02), 626-640.
- Magiakou, M. A., Mastorakos, G., Rabin, D., Dubbert, B., Gold, P. W. y Chrousos, G. P. (1996). Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 81(5), 1912-1917.
- Magni, G., Rizzardo, R. y Andreoli, C. (1986). Psychosocial stress and obstetrical complications: the need for a comprehensive model. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 65(3), 273-276.
- Mahon, P. B., Payne, J. L., MacKinnon, D. F., Mondimore, F. M., Goes, F. S., Schweizer, B., ... y Knowles, J. A. (2009). Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 166(11), 1229-1237.
- Mäki, P., Veijola, J., Räsänen, P., Joukamaa, M., Valonen, P., Jokelainen, J. y Isohanni, M. (2003). Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: a 33-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 273-278.
- Mann, J. J. (1999). Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*, 21, 99S-105S.

- Mao, H. J., Li, H. J., Chiu, H., Chan, W. C. y Chen, S. L. (2012). Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in Chinese women. *Perspectives in psychiatric care*, 48(4), 218-224.
- Marchesi, C., Bertoni, S. y Maggini, C. (2009). Major and minor depression in pregnancy. *Obstetrics y Gynecology*, 113(6), 1292-1298.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Canadian Journal Clinical Pharmacology*, 16(1), 15-22.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C. y Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.
- Marín-Morales, D., Carmona Monge, F. J. y Peñacoba-Puente, C. (2014). Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas. *Anales de psicología*, 30(3), 908-915.
- Marroun, H., White, T. J., van der Knaap, N. J., Homberg, J. R., Fernández, G., Schoemaker, N. K., ... y Stricker, B. H. (2014). Prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and social responsiveness symptoms of autism: population-based study of young children. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 95-102.
- Martin, S. L., Li, Y., Casanueva, C., Harris-Britt, A., Kupper, L. L. y Cloutier, S. (2006). Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women*, 12(3), 221-239.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish journal of psychology*, 10(02), 458-467.
- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, 86(5), 305-310.
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M. y Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 175, 385-395.
- Martins, C. y Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737-746.
- Martorell, M. A., Comelles, J. M. y Bernal, M. (2009). Antropología y enfermería. *Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II. Publicacions URV, Tarragona*.
- Massey, S. H., Backes, K. A. y Schuette, S. A. (2016). Plasma oxytocin concentration and depressive symptoms: a review of current evidence and directions for future research. *Depression and anxiety*.

- Mastorakos G, Pavlatou MG, Mizamtsidi M. (2006). The hypothalamic–pituitary–adrenal and the hypothalamic–pituitary–gonadal axes interplay. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 3(1):172–81.
- Mastorakos, G. y Ilias, I. (2003). Maternal and fetal hypothalamic-pituitary-adrenal axes during pregnancy and postpartum. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 997(1), 136-149.
- Mateos, R. J. (2002). Principales técnicas de relajación. *Revista Rol de Enfermería*, 25(11), 730-732.
- Matthey, S. (2008). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25(11), 926-931.
- Matthey, S. (2009). Women's perceptions of the causes of their postnatal distress: development of the reasons for postnatal distress checklist. *Depression and anxiety*, 26(10), 938-948.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. y Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *Journal of affective disorders*, 74(2), 139-147.
- Matthey, S., Kavanagh, D. J., Howie, P., Barnett, B. y Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79(1), 113-126.
- Matthey, S., White, T., Phillips, J., Taouk, R., Chee, T. T. y Barnett, B. (2005). Acceptability of routine antenatal psychosocial assessments to women from English and non-English speaking backgrounds. *Archives of women's mental health*, 8(3), 171-180.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 455-470.
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A. y Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, y Neonatal Nursing*, 36(6), 542-549.
- Mayor, J. y Pinillos, J. L. (1989). *Tratado de Psicología general: historia, teoría y método*. Alhambra.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences*, 36(3), 587-596.
- McCorry, C. y McNally, S. C. (2013). The effect of pregnancy intention on maternal prenatal behaviors and parent and child health: Results of an Irish cohort study. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 27(2), 208–215.
- McIntosh, J. (1993). Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of advanced nursing*, 18(2), 178-184.

- McKinnon, M. C. yucel, K., Nazarov, A. y MacQueen, G. M. (2009). A meta-analysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 34, 41–54.
- McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Tennant, C. y Saunders, D. (1997). Psychosocial adjustment and the quality of the mother-child relationship at four months postpartum after conception by in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 68(3), 492-500.
- McManus, B. M. y Poehlmann, J. (2012). Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behavior and Development*, 35(3), 489-498.
- McNair, D. M., Lorr, M. y Droppleman, L. F. (1971). Profile of mood states. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service
- McQuaid, R. J., McInnis, O. A., Abizaid, A. y Anisman, H. (2014). Making room for oxytocin in understanding depression. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 45, 305-322.
- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 89-100.
- Meltzer-Brody, S., Stuebe, A., Dole, N., Savitz, D., Rubinow, D. y Thorp, J. (2011). Elevated corticotropin releasing hormone (CRH) during pregnancy and risk of postpartum depression (PPD). *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 96(1), E40-E47.
- Meltzer-Brody, S., Boschloo, L., Jones, I., Sullivan, P. F. y Penninx, B. W. (2013). The EPDS-Lifetime: assessment of lifetime prevalence and risk factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. *Archives of women's mental health*, 16(6), 465-473.
- Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M. Y. y Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1064.
- Melville, K. M., Casey, L. M. y Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 49, 455-471.
- Merikangas, K. R. y Kalaydjian, A. (2007). Magnitude and impact of comorbidity of mental disorders from epidemiologic surveys. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 353-358.
- Messer, L. C., Dole, N., Kaufman, J. S. y Savitz, D. A. (2005). Pregnancy intendedness, maternal psychosocial factors and preterm birth. *Maternal and child health journal*, 9(4), 403-412.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.

- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C. yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(5), 301-305.
- Micali, N., Simonoff, E. y Treasure, J. (2011). Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *Journal of affective disorders*, 131(1), 150-157.
- Micali, N., Treasure, J. y Simonoff, E. (2007). Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of psychosomatic research*, 63(3), 297-303.
- Midmer, D., Biringier, A., Carroll, J. C., Reid, A. J., Wilson, L., Stewart, D., ... y Chalmers, B. (1996). A reference guide for providers: the ALPHA form—*Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*. Toronto: University of Toronto, Faculty of Medicine Department of Family and Community Medicine.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (2001). Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2). Madrid: TEA Ediciones.
- Mihalopoulos, C. y Vos, T. (2013). Costeffectiveness of preventive interventions for depressive disorders: an overview. *Expert Review of Pharmacoeconomics y Outcomes Research*, 13(2), 237-242.
- Milgrom, J. y McCloud, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress and Health*, 12(3), 177-186.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... y Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 147-157.
- Milgrom, J., Martin, P. R. y Negri, L. M. (1999). *Treating postnatal depression: a psychological approach for health care practitioners*. John Wiley.
- Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M. y Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 529-542.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J. y Gemmill, A. W. (2011a). Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of affective disorders*, 130(3), 385-394.
- Milgrom, J., Mendelsohn, J. y Gemmill, A. W. (2011b). Does postnatal depression screening work? Throwing out the bathwater, keeping the baby. *Journal of affective disorders*, 132(3), 301-310.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *Jama*, 287(6), 762-765.
- Miller, L., Shade, M. y Vasireddy, V. (2009). Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Archives of women's mental health*, 12(5), 329.
- Millon, T., Davis, R. D. y Millon, C. (1997). MCMI-III Manual, 2ª ed Minneapolis: National Computer Systems. *Psychology*, 50, 444-445.

- Mitchell, A. J. y Coyne, J. (2009). Screening for postnatal depression: barriers to success. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 116(1), 11-14.
- Mitchell, J., Field, T., Diego, M., Bendell, D., Newton, R. y Pelaez, M. (2012). Yoga reduces prenatal depression symptoms. *Psychology*, 3, 782-786.
- Mohamad Yusuff, A. S., Tang, L., Binns, C. W. y Lee, A. H. (2016). Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. *The Journal of Maternal-Fetal y Neonatal Medicine*, 29(7), 1170-1174.
- Mohr, D. C., Cheung, K., Schueller, S. M., Brown, C. H. y Duan, N. (2013). Continuous evaluation of evolving behavioral intervention technologies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(4), 517-523.
- Moloney, J. (1952). Postpartum depression or third day depression following childbirth. *New Orleans Child Parent Digest*, 6, 20-32.
- Montes, M. J. M. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Universitat Rovira i Virgili.
- Montgomery, S. A. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Mora, P. A., Bennett, I. M., Elo, I. T., Mathew, L., Coyne, J. C. y Culhane, J. F. (2009). Distinct trajectories of perinatal depressive symptomatology: Evidence from growth mixture modeling. *American Journal of Epidemiology*, 169(1), 24-32.
- Moran, T. E., Polanin, J. R. y Wenzel, A. (2014). The Postpartum Worry Scale-Revised: an initial validation of a measure of postpartum worry. *Archives of women's mental health*, 17(1), 41-48.
- Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J. y Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Moreno, J. S., Lahuerta, J., Barrios, M., i Pascual, E. V., de Gracia Blanco, M. y Sánchez, G. (2005). Proceso de adaptación al español del cuestionario Mood Disorder Questionnaire. *Psiquiatría biológica: Publicación oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, 12(4), 137-143.
- Morling B, Kitayama S, Miyamoto Y. American and Japanese women use different coping strategies during normal pregnancy. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2003; 29(12):1533-1546.
- Morrell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., ... y Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *Bmj*, 338, a3045.
- Morse, G. (2010). Ten innovations that will transform medicine. *Harvard Business Review*.



- Moses-Kolko, E. L., Horner, M. S., Phillips, M. L., Hipwell, A. E. y Swain, J. E. (2014). In search of neural endophenotypes of postpartum psychopathology and disrupted maternal caregiving. *Journal of neuroendocrinology*, 26(10), 665-684.
- Mrazek, P. J. y Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Mulder, E. J., De Medina, P. R., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R., Buitelaar, J. K. y Visser, G. H. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development*, 70(1), 3-14.
- Mulligan, C., D'Errico, N., Stees, J. y Hughes, D. (2012). Methylation changes at NR3C1 in newborns associate with maternal prenatal stress exposure and newborn birth weight. *Epigenetics*, 7(8), 853-857.
- Muñoz, R. F., McQuaid, J. R., González, G. M., Dimas, J. y Rosales, V. A. (1999). Depression screening in a women's clinic: using automated Spanish-and English-language voice recognition. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 502.
- Muñoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., Soto, J., ... y Lieberman, A. F. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 70-83.
- Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. y Leykin, Y. (2010). Prevention on major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212.
- Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A. y Saito, H. (1998). Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic and obstetric investigation*, 46(2), 99-104.
- Murphy-Eberenz, K., Zandi, P. P., March, D., Crowe, R. R., Scheftner, W. A., Alexander, M., ... y Miller, E. B. (2006). Is perinatal depression familial?. *Journal of affective disorders*, 90(1), 49-55.
- Murray, L., Halligan, S. y Cooper, P. (2010). Effects of postnatal depression on mother-infant interactions and child development. *Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development, The, Volume 2, Second Edition*, 192-220.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F. y Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine y Child Neurology*, 38(2), 109-119.
- Myers, E. R., Aubuchon-Endsley, N., Bastian, L. A., Gierisch, J. M., Kemper, A. R., Swamy, G. K., ... y Green, C. (2013). Efficacy and safety of screening for postpartum depression. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*.
- Nagandla, K., Nalliah, S. yin, L. K., Majeed, Z. A., Ismail, M., Zubaidah, S., ... y Krishnan, S. G. (2016). Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(7), 2380-2388.

- Nagata, M., Nagai, S., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y. y Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 209-217.
- Naicker, K., Wickham, M. y Colman, I. (2012). Timing of first exposure to maternal depression and adolescent emotional disorder in a national Canadian cohort. *PloS one*, 7(3), e33422.
- Najman, J. M., Morrison, J., Williams, G., Andersen, M. y Keeping, J. D. (1991). The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study. *Social Science y Medicine*, 32(3), 241-247.
- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y. y Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC women's health*, 11(1), 22.
- Nathanielsz, P. W. (1999). Life in the womb: The origin of health and disease. New York: NY: Prometheus Press.
- National Collaborating Center for Mental Health. *The NICE guideline on the management and treatment of depression in adults (Updated edition)*. United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK. (2007). *Antenatal and postnatal mental health: the NICE guideline on clinical management and service guidance*. British Psychological Society.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK. (2007). *Antenatal and postnatal mental health: the NICE guideline on clinical management and service guidance*. British Psychological Society. NICE guidelines [CG192]. Rev en 2014
- National Collaborating Centre for Mental Health y Royal College of Psychiatrists (2010). *Depression: The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults*.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK. (2010). *Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors*. NICE guidelines [CG110]
- National Screening Committee UK. Second report of the UK National Screening Committee. Scotland, Northern Ireland and Wales: Departments of Health for England; 2000.
- Navarro, P., Ascaso, C., García-Esteve, L., Aguado, J., Torres, A. y Martín-Santos, R. (2007). Postnatal psychiatric morbidity: a validation study of the GHQ-12 and the EPDS as screening tools. *General Hospital Psychiatry*, 29(1), 1-7.
- Navarro, P., García-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E. y Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of affective disorders*, 109(1), 171-176.
- Nepomnaschy, P. A., Welch, K. B., McConnell, D. S., Low, B. S., Strassmann, B. I. y England, B. G. (2006). Cortisol levels and very early pregnancy loss in

- humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(10), 3938-3942.
- Neumeister, A. (2003). Tryptophan depletion, serotonin, and depression: where do we stand?. *Psychopharmacology bulletin*, 37(4), 99-115.
- Neumeister, A. young, T. y Stastny, J. (2004). Implications of genetic research on the role of the serotonin in depression: emphasis on the serotonin type 1A receptor and the serotonin transporter. *Psychopharmacology*, 174(4), 512-524.
- Neumeyer-Gromen, A., Lampert, T., Stark, K. y Kallischnigg, G. (2004). Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical care*, 42(12), 1211-1221.
- Newport, D. J., Hostetter, A., Arnold, A. y Stowe, Z. N. (2001). The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *The Journal of clinical psychiatry*, 63, 31-44.
- Newton, R. W. y Hunt, L. P. (1984). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. *British Medical Joournal (Clinical Research Edition)*, 288(6425), 1191-1194.
- Ngai, F. W., Chan, S. W. C. y Ip, W. Y. (2009). The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1298-1306.
- Nicholson, W. K., Setse, R., Hill-Briggs, F., Cooper, L. A., Strobino, D. y Powe, N. R. (2006). Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics y Gynecology*, 107(4), 798-806.
- Non, A. L., Binder, A. M., Kubzansky, L. D. y Michels, K. B. (2014). Genome-wide DNA methylation in neonates exposed to maternal depression, anxiety, or SSRI medication during pregnancy. *Epigenetics*, 9(7), 964-972.
- Numan, M. (2007). Motivational systems and the neural circuitry of maternal behavior in the rat. *Developmental psychobiology*, 49(1), 12-21.
- Nylen, K. J., O'Hara, M. W. y Engeldinger, J. (2013). Perceived social support interacts with prenatal depression to predict birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(4), 427-440.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. y Glover, V. (2002a). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 502-508.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Glover, V. y Alspac Study Team. (2002b). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1470-1477.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J. y Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025-1036.

- O'Connor, T. G., Ben-Shlomo, Y., Heron, J., Golding, J., Adams, D. y Glover, V. (2005). Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biological psychiatry*, 58(3), 211-217.
- O'Connor, T. G., Caprariello, P., Blackmore, E. R., Gregory, A. M., Glover, V., Fleming, P., y ALSPAC Study Team. (2007). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early human development*, 83(7), 451-458.
- O'Connor, T. G., Winter, M. A., Hunn, J., Carnahan, J., Pressman, E. K., Glover, V., ... y Caserta, M. T. (2013). Prenatal maternal anxiety predicts reduced adaptive immunity in infants. *Brain, behavior, and immunity*, 32, 21-28.
- O'Donnell, K., O'Connor, T. G. y Glover, V. (2009). Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta. *Developmental neuroscience*, 31(4), 285-292.
- O'Donnell, K. J., Jensen, A. B., Freeman, L., Khalife, N., O'Connor, T. G. y Glover, V. (2012). Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11 $\beta$ -HSD2. *Psychoneuroendocrinology*, 37(6), 818-826.
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Jenkins, J., Browne, D., Ben-Shlomo, Y., Golding, J. y O'Connor, T. G. (2013). Prenatal maternal mood is associated with altered diurnal cortisol in adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1630-1638.
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Barker, E. D. y O'Connor, T. G. (2014). The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Development and psychopathology*, 26(02), 393-403.
- O'Keane, V., Lightman, S., Patrick, K., Marsh, M., Papadopoulos, A. S., Pawlby, S., ... y Moore, R. (2011). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *Journal of neuroendocrinology*, 23(11), 1149-1155.
- Oatridge, A., Holdcroft, A., Saeed, N., Hajnal, J. V., Puri, B. K., Fusi, L. y Bydder, G. M. (2002). Change in brain size during and after pregnancy: study in healthy women and women with preeclampsia. *American Journal of Neuroradiology*, 23(1), 19-26.
- Oberlander, T. F., Weinberg, J., Papsdorf, M., Grunau, R., Misri, S. y Devlin, A. M. (2008). Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics*, 3(2), 97-106.
- Odriozola, E. E. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 26(107), 325-340.
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43(6), 569-573.
- O'Hara, M. W. y McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379-407.
- O'Hara, M. W. y Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.

- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A. y Varner, M. W. (1991a). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of abnormal psychology*, 100(1), 63.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A. y Wright, E. J. (1991b). Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Archives of general psychiatry*, 48(9), 801-806.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Watson, D., Dietz, P. M., Farr, S. L. y D'angelo, D. (2012). Brief scales to detect postpartum depression and anxiety symptoms. *Journal of Women's Health*, 21(12), 1237-1243.
- O'Hara, M. W., Williamson, J. A. y Watson, D. (2012). The structure of postpartum depression. *Manuscript submitted*.
- O'Higgins, A., Murphy, O. C., Egan, A., Mullaney, L., Sheehan, S. y Turner, M. J. (2014). The use of digital media by women using the maternity services in a developed country. *Irish medical journal*.
- Okano, T. y Nomura, J. (1992). Endocrine study of the maternity blues. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 16(6), 921-932.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. y Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 642-654.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. y Tatelbaum, R. (1994). Intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics*, 93(2), 221-227.
- Olson, A. L., Kemper, K. J., Kelleher, K. J., Hammond, C. S., Zuckerman, B. S. y Dietrich, A. J. (2002). Primary care pediatrician's roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics*, 110(6), 1169-1176.
- Olza, I. (2006). La Teoría de la Programación Fetal y el Efecto de la Ansiedad Materna durante el Embarazo en el Neurodesarrollo Infantil. *Blázquez (ed.)*.
- Olza, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 96, 35-41.
- Olza, I., Garcia-Esteve, L., Lasheras, G. y Farré, J. M. (2011). La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 100, 50-54.
- O'Mahen, H. A. y Flynn, H. A. (2008). Preferences and perceived barriers to treatment for depression during the perinatal period. *Journal of women's health*, 17(8), 1301-1309.
- O'Mahen, H. A., Woodford, J., McGinley, J., Warren, F. C., Richards, D. A., Lynch, T. R. y Taylor, R. S. (2013a). Internet-based behavioral activation—Treatment for postnatal depression (Netmums): A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 150(3), 814-822.
- O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S. y Warren, F. C. (2013b). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a

- guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological medicine*, 44(08), 1675-1689.
- O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S. y Warren, F. C. (2014). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological medicine*, 44(08), 1675-1689.
- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., et al. (2009). Risk factors for postpartum depression: The role of the Postpartum Depression Predictors Inventory- Revised (PDPI-R). *Archives of Women's Mental Health*, 12(4), 239-249.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* (10ª Edición). Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.
- Organización Mundial de la Salud, A. M. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*.
- Orr, S.T., Miller, C.A. Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. (1997). *Womens Health Issues*, 7(1), 38-46.
- Orr, S. T., James, S. A. y Prince, C. B. (2002). Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *American journal of epidemiology*, 156(9), 797-802.
- Ortet, G., Ibáñez, M.I., Moro, M. y Silva, F. (2001). EPQ-R. Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck: versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS). Madrid: TEA Ediciones.
- Ortet, G., Ibáñez, M., Moro, M. y Silva, F. (2008). Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS) (rev). Madrid: TEA Ediciones.
- Osma, J., Barrada, J. R., García-Palacios, A., Navarro-Haro, M. y Aguilar, A. (2016). Internal Structure and Clinical Utility of the Anxiety Control Questionnaire-Revised (ACQ-R) Spanish version. *The Spanish journal of psychology*, 19(e63), 1-9.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., de Graaf, R., Scholte, R., de Kemp, R. y Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 284.
- Paarlberg, K. M., Vingerhoets, A. J., Passchier, J., Dekker, G. A. y Van Geijn, H. P. (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *Journal of psychosomatic research*, 39(5), 563-595.
- Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la UE. Juntos por la salud mental y el bienestar. (2008).

- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H. y Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of affective disorders*, 65(1), 9-17.
- Pakenham, K. I., Smith, A. y Rattan, S. L. (2007). Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, health y medicine*, 12(3), 266-277.
- Palmer, S. C. y Coyne, J. C. (2003). Screening for depression in medical care: pitfalls, alternatives, and revised priorities. *Journal of psychosomatic research*, 54(4), 279-287.
- Palomares, A. y Sanjuán, P. (1995). A Spanish version of Attributional Style Questionnaire (ASQ). In *IV European Congress of Psychology* (p. 442).
- Parcells, D. A. (2010). Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(9), 813-820.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PloS one*, 9(8), e105471.
- Parker, R. M., Dmitrieva, E., Frolov, S. y Gazmararian, J. A. (2012). Text4baby in the United States and Russia: an opportunity for understanding how mHealth affects maternal and child health. *Journal of health communication*, 17(sup1), 30-36.
- Parsons, C. E. young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L. y Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *British medical bulletin*, 101(1), 57.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C. y Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(2), 534-542.
- Patel, V., Rodrigues, M. y DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47.
- Patel, V., Rahman, A., Jacob, K. S. y Hughes, M. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7443), 820.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., ... y Lund, C. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 387(10028), 1672-1685.
- Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S. y O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *Journal of affective disorders*, 113(3), 236-243.
- Pawlby, S., Hay, D., Sharp, D., Waters, C. S. y Pariante, C. M. (2011). Antenatal depression and offspring psychopathology: the influence of childhood maltreatment. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.

- Paykel, E. S., Brugha, T. y Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 5, 411–523.
- Pearson Murphy, B. E., Steinberg, S. I., Hu, F. Y. y Allison, C. M. (2001). Neuroactive ring A-reduced metabolites of progesterone in human plasma during pregnancy: elevated levels of 5 $\alpha$ -dihydroprogesterone in depressed patients during the latter half of pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 86(12), 5981-5987.
- Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., ... y Stein, A. (2013). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA psychiatry*, 70(12), 1312-1319.
- Pearson, R. M., Melotti, R., Heron, J., Joinson, C., Stein, A., Ramchandani, P. G. y Evans, J. (2012). Disruption to the development of maternal responsiveness? The impact of prenatal depression on mother–infant interactions. *Infant Behavior and Development*, 35(4), 613-626.
- Pemberton, C. K., Neiderhiser, J. M., Leve, L. D., Natsuaki, M. N., Shaw, D. S., Reiss, D. y Ge, X. (2010). Influence of parental depressive symptoms on adopted toddler behaviors: An emerging developmental cascade of genetic and environmental effects. *Development and psychopathology*, 22(04), 803-818.
- Perini, S., Titov, N. y Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (6), 571-578.
- Perren, S., Von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H. y Von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 26(3), 173-183.
- Perry, D. F., Ettinger, A. K., Mendelson, T. y Le, H. N. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 339-350.
- Petrou, S. (2003). Economic consequences of preterm birth and low birthweight. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 110(s20), 17-23.
- Petrou, S. (2005). The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 112(s1), 10-15.
- Petrou, S., Cooper, P., Murray, L. y Davidson, L. L. (2002). Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 505-512.
- Petrou, S., Mehta, Z., Hockley, C., Cook-Mozaffari, P., Henderson, J. y Goldacre, M. (2003). The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first 5 years of life. *Pediatrics*, 112(6), 1290-1297.
- Petterson, S. M. y Albers, A. B. (2001). Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child development*, 72(6), 1794-1813.



- Peyton, T. (2014, November). Pregnancy Ecologies As Teachable Moments For The Lifecourse: Changing The mHealth Design Paradigm. In *Proceedings of the 18th International Conference on Supporting Group Work* (pp. 269-271). ACM.
- Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D. y Lohr, K. N. (2002). Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 136(10), 765-776.
- Pitt, B. (1973). Maternity blues'. *The British journal of psychiatry*, 122(569), 431-433.
- Plant, D. T., Barker, E. D., Waters, C. S., Pawlby, S. y Pariante, C. M. (2013). Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychological medicine*, 43(03), 519-528.
- Pluess, M., Bolten, M., Pirke, K. M. y Hellhammer, D. (2010). Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary cortisol in pregnancy. *Biological psychology*, 83(3), 169-175.
- Podolska, M. Z., Bidzan, M., Majkowicz, M., Podolski, J., Sipak-Szmigiel, O. y Ronin-Walknowska, E. (2010). Personality traits assessed by the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) as part of the perinatal depression screening program. *Medical Science Monitor*, 16(9), PH77-PH81.
- Pollack, M. H. (2005). Comorbid anxiety and depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 66, 22-29.
- Ponder, K. L., Salisbury, A., McGonnigal, B., Laliberte, A., Lester, B. y Padbury, J. F. (2011). Maternal depression and anxiety are associated with altered gene expression in the human placenta without modification by antidepressant use: implications for fetal programming. *Developmental psychobiology*, 53(7), 711-723.
- Porta, M. S., Greenland, S. y Last, J. M. (2008). *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Posternak, M. A. y Zimmerman, M. (2001). Symptoms of atypical depression. *Psychiatry research*, 104(2), 175-181.
- Prady, S. L., Pickett, K. E., Croudace, T., Fairley, L., Bloor, K., Gilbody, S., ... y Wright, J. (2013). Psychological distress during pregnancy in a multi-ethnic community: findings from the born in Bradford cohort study. *PloS one*, 8(4), e60693.
- Prevención de los Trastornos Mentales, O. P. (2004). *Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.
- Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. (2009). London: Royal College of Psychiatrists. National Research Council y Institute of Medicine. Washington, D.C: National Academies Press.
- Preziosa, A., Grassi, A., Gaggioli, A. y Riva, G. (2009). Therapeutic applications of the mobile phone. *British Journal of Guidance y Counselling*, 37(3), 313-325.

- Priest, S. R., Henderson, J., Evans, S. F. y Hagan, R. (2003). Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 178(11), 542-545.
- Priest, S. R., Austin, M. P., Barnett, B. B. y Buist, A. (2008). A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Archives of women's mental health*, 11(5-6), 307.
- Psychosocial assessment and depression screening in perinatal women*. (2013). Marcé International Society Position Statement. Fuente original: Austin, M. P. y Marcé Society Position Statement Advisory Committee. (2014). Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics y Gynaecology*, 28(1), 179-187.
- Purebl, G., Petrea, I., Shields, L., Tóth, M. D., Székely, A., Kurimay, T. y Abello, K. M. (2015). Joint Action on Mental Health and Well-being. *Depression, Suicide Prevention and E-Health: Situation analysis and recommendations for action*.
- Qiao, Y. X., Wang, J., Li, J. y Ablat, A. (2009). The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49(2), 185-190.
- Qiu, C., Williams, M. A., Calderon-Margalit, R., Cripe, S. M. y Sorensen, T. K. (2009). Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy. *American journal of hypertension*, 22(4), 397-402.
- Quevedo, L. A., Silva, R. A., Godoy, R., Jansen, K., Matos, M. B., Tavares Pinheiro, K. A. y Pinheiro, R. T. (2012). The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child: care, health and development*, 38(3), 420-424.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Radtke, K. M., Ruf, M., Gunter, H. M., Dohrmann, K., Schauer, M., Meyer, A. y Elbert, T. (2011). Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Translational Psychiatry*, 1(7), e21.
- Raffle, A. E. y Gray, J. M. (2007). *Screening: evidence and practice*. Oxford University Press.
- Räsänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. y Heinonen, S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ open*, 4(11), e004883.
- Ranzini, A. C., Vinekar, A. S., Houlihan, C., Scully, J., Cho, S. C. y Vintzileos, A. (1996). Puerperal psychosis mimicking eclampsia. *Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 5(1), 36-38.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27(2), 279-293.

- Ratcliff, B. G., Sharapova, A., Suardi, F. y Borel, F. (2015). Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery*, 31(9), 871-878.
- Reay, R., Matthey, S., Ellwood, D. y Scott, M. (2011). Long-term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program. *Journal of affective disorders*, 129(1), 94-103.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K. y Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of affective disorders*, 113(1), 77-87.
- Records, K., Rice, M. (2007). Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, y Neonatal Nursing*, 36(1), 231-242.
- Redshaw, M. y Heikkilä, K. (2010). Delivered With Care. A National Survey of Women's Experience of Maternity Care 2010.
- Redshaw, M. y Henderson, J. (2013). From antenatal to postnatal depression: associated factors and mitigating influences. *Journal of Women's Health*, 22(6), 518-525.
- Redshaw, M., Martin, C., Rowe, R. y Hockley, C. (2009). The Oxford worries about labour scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychology, health y medicine*, 14(3), 354-366.
- Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.* (1994). Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
- Reid, A. J., Biringer, A., Carroll, J. D., Midmer, D., Wilson, L. M., Chalmers, B., y Stewart, D. E. (1998). Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Canadian Medical Association Journal*, 159(6), 677-684.
- Renker, P. R. (2008). Breaking the Barriers: The Promise of Computer-Assisted Screening for Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 53(6), 496-503.
- Renker, P. R. y Tonkin, P. (2006). Women's views of prenatal violence screening: acceptability and confidentiality issues. *Obstetrics y Gynecology*, 107(2, Part 1), 348-354.
- Repetto, C., Gaggioli, A., Pallavicini, F., Cipresso, P., Raspelli, S. y Riva, G. (2013). Virtual reality and mobile phones in the treatment of generalized anxiety disorders: a phase-2 clinical trial. *Personal and Ubiquitous Computing*, 17(2), 253-260.
- Rice, F., Harold, G. T., Boivin, J., Van den Bree, M., Hay, D. F. y Thapar, A. (2010). The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. *Psychological medicine*, 40(02), 335-345.
- Richards, D. y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 329-342.

- Richardson, T., Stallard, P. y Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13 (3), 275-290.
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H. y Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of epidemiology and community health*, 60(3), 221-227.
- Rich-Edwards, J. W., Mohllajee, A. P., Kleinman, K., Hacker, M. R., Majzoub, J., Wright, R. J. y Gillman, M. W. (2008). Elevated midpregnancy corticotropin-releasing hormone is associated with prenatal, but not postpartum, maternal depression. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 93(5), 1946-1951.
- Riecher-Rössler, A. (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. Fortschritte der Neurologie- *Psychiatrie*, 65(03), 97-107.
- Riley, S. C., Walton, J. C., Herlick, J. M. y Challis, J. R. (1991). The localization and distribution of corticotropin-releasing hormone in the human placenta and fetal membranes throughout gestation. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 72(5), 1001-1007.
- Rini, C., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C. J., Glynn, L. M. y Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13(2), 207-229.
- Rini, C., y Dunkel-Schetter, C. (2010). The effectiveness of social support attempts in intimate relationships. En T. K.T. Sullivan, J. Davila (Eds.), *Support processes in intimate relationships* (pp. 26-67). USA: Oxford University Press.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G. y Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103(2), 218-227.
- Ritter, C., Hobfoll, S. E., Lavin, J., Cameron, R. P. y Hulsizer, M. R. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology*, 19(6), 576.
- Rivières-Pigeon, D., Saurel-Cubizolles, M. J. y Lelong, N. (2004). Considering a simple strategy for detection of women at risk of psychological distress after childbirth. *Birth*, 31(1), 34-42.
- Roberts, B. W., Walton, K. E. y Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 132(1), 1.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. y Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robertson-Blackmore, E., Putnam, F. W., Rubinow, D. R., Matthieu, M., Hunn, J. E., Putnam, K. T., ... y O'Connor, T. G. (2013). Antecedent trauma exposure and risk

of depression in the perinatal period. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(10), e942-8.

Robins, L. N. (1989) Diagnostic grammar and assessment: translating criteria into questions. *The Psychological medicine*, 19(1), 57-68.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National institute of mental health diagnostic interview schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381-389.

Robinson, B. G., Emanuel, R. L., Frim, D. M. y Majzoub, J. A. (1988). Glucocorticoid stimulates expression of corticotropin-releasing hormone gene in human placenta. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 85(14), 5244-5248.

Rodin, G.M., Craven, J.L. y Littlefield, C.H. (1992). Depression in the medically ill: An integrated approach. New York: Brunner/Mazel.

Rodriguez, A. y Bohlin, G. (2005). Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 246-254.

Rodriguez, C. M. (2009). Coping style as a mediator between pregnancy desire and child abuse potential: a brief report. *Journal of reproductive and infant psychology*, 27(1), 61-69.

Rodriguez, M. A., Heilemann, M. V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F. y Mangione, C. M. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *The Annals of Family Medicine*, 6(1), 44-52.

Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B. y Garrosa, E. (2006). Cuestionario de regulación emocional. *Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en inglés (Gross y John, 2003)*.

Romano, A. M. (2007). A changing landscape: Implications of pregnant women's Internet use for childbirth educators. *The Journal of perinatal education*, 16(4), 18-24.

Romero, C. A., Gay, I. A. y Fernández, I.O. (2012). *Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad.

Rondó, P. H. C., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lobert, H. y Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European journal of clinical nutrition*, 57(2), 266-272.

Rondón, M. B. (2003). Maternity blues: cross-cultural variations and emotional changes. *Primary care update for OB/GYNs*, 10(4), 167-171.

Røsand, G. M. B., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E. y Tambs, K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health*, 11(1), 161.

Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*, 30(3), 427-432.

- Rosenberg, M. (1965). La autoimagen del adolescente y la sociedad. *Buenos Aires: Paidós* (traducción de 1973).
- Ross, L. E. y McLean, L. M. (2006). Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(8), 1285-1298.
- Ross, L. E., Evans, S. G., Sellers, E. M. y Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 51-57.
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E. y Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.
- Rotheram-Borus, M. J., Tomlinson, M., Swendeman, D., Lee, A. y Jones, E. (2012). Standardized functions for smartphone applications: examples from maternal and child health. *International journal of telemedicine and applications*, 2012, 21.
- Roura, L. C. y Rodríguez, D. S. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Ed. Médica Panamericana.
- Rowan, P., Greisinger, A., Brehm, B., Smith, F. y McReynolds, E. (2012). Outcomes from implementing systematic antepartum depression screening in obstetrics. *Archives of women's mental health*, 15(2), 115-120.
- Roy-Matton, N., Moutquin, J. M., Brown, C., Carrier, N. y Bell, L. (2011). The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(4), 344-352.
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M. y Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of women's mental health*, 17(3), 221-228.
- Rubertsson, C., Waldenström, U. y Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123.
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P. y Rådestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of women's mental health*, 8(2), 97-104.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M. y Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis.
- Russell, J. A. y Leng, G. (1998). REVIEW Sex, parturition and motherhood without oxytocin?.
- Rutter, M. (2001). 13 Child psychiatry in the era following sequencing the genome. F. Levy y D. A. Hay (Eds.), *Attention, genes and ADHD*, 225. USA and Canada: Brunner-Routledge.

- Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A., y Lönnqvist, J. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British journal of psychiatry*, 190(4), 326-332.
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina Clínica*, 102, 5-12.
- Salmaso, N., Nadeau, J. y Woodside, B. (2009). Steroid hormones and maternal experience interact to induce glial plasticity in the cingulate cortex. *European Journal of Neuroscience*, 29(4), 786-794.
- Salmaso, N., Quinlan, M. G., Brake, W. G. y Woodside, B. (2011). Changes in dendritic spine density on layer 2/3 pyramidal cells within the cingulate cortex of late pregnant and postpartum rats. *Hormones and behavior*, 60(1), 65-71.
- Sánchez-López, M. P., y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.
- Sanderman, R., Eysenck, S. B. G. y Arrindell, W. A. (1991). Cross-cultural comparisons of personality: The Netherlands and England. *Psychological Reports*, 69(3\_suppl), 1091-1096.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1987). Cuestionario de sucesos vitales (CSV). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sandín, B., Valiente, R.M. y Chorot, R. (1999). Evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: UNED-FUE.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Olmedo, M. y Santed, M. A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A)(I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.
- Sandman, C. A., Glynn, L., Schetter, C. D., Wadhwa, P., Garite, T., Chiciz-DeMet, A. y Hobel, C. (2006). Elevated maternal cortisol early in pregnancy predicts third trimester levels of placental corticotropin releasing hormone (CRH): priming the placental clock. *Peptides*, 27(6), 1457-1463.
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2005). Spanish adaptation of Attributional Style Questionnaire: Psychometric properties. Trabajo presentado en la VIII European Conference of Psychological Assessment. Budapest (Hungría), 31 de Agosto-4 de Septiembre. In *Acta de Congreso: pp* (Vol. 142).

- Santos, I. S., Matijasevich, A., Domingues, M. R., Barros, A. J. y Barros, F. C. (2010). Long-lasting maternal depression and child growth at 4 years of age: a cohort study. *The Journal of pediatrics*, 157(3), 401-406.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad estrés*, 59-84.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249- 280.
- Sanz, J., García Vera, M-P., Espinosa, R., Fortin, M y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II):2. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española).
- Sartorius, N. (2002). One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental illness. *Neuropsychiatrie*, 16, 5–10.
- Saulsberry, A., Marko-Holguin, M., Blomeke, K., Hinkle, C., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., ... Van, V. B. W. (2013). Randomized clinical trial of a primary care Internet-based intervention to prevent adolescent depression: One-year outcomes. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22 (2), 106-117.
- Sawyer, A., Ayers, S. y Smith, H. (2010). Pre-and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 123(1), 17-29.
- Schetter, C. D. y Dolbier, C. (2011). Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(9), 634-652.
- Schippers, G. M. y Broekman, T. G. (2010). De AUDIT. *Nederlandse vertaling van de Alcohol Use Disorders Identification Test*.
- Schneider, M., Engel, A., Fasching, P. A., Häberle, L., Binder, E. B., Voigt, F., ... y Rebhan, D. (2014). Genetic variants in the genes of the stress hormone signalling pathway and depressive symptoms during and after pregnancy. *BioMed research international*, 2014.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S. y O' Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck depression inventory–II (BDI-II). Among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32(1), 3-20.
- Segman, R. H., Goltser-Dubner, T., Weiner, I., Canetti, L., Galili-Weisstub, E., Milwidsky, A., ... y Hochner-Celnikier, D. (2010). Blood mononuclear cell gene expression signature of postpartum depression. *Molecular psychiatry*, 15(1), 93-100.



- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S. y Beck, C. T. (2010). Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the women's views. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 35(5), 280.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S. y Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(4), 316-321.
- Séguin, L., Potvin, L., Denis, M. S. y Loiselle, J. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstetrics y Gynecology*, 85(4), 583-589.
- Seisdedos, N. (1999). Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI). Manual profesional [NEO-FFI Inventory. Professional manual]. Madrid: TEA Ediciones
- Seisdedos, N. (2002). STAI: cuestionario de ansiedad estado-rasgo. TEA sexta edición: Madrid.
- Seligman, M.E.P., Semmel, A., Abramson, L.Y. y Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3)242-247.
- Seng, J. S., Rauch, S. A., Resnick, H., Reed, C. D., King, A., Low, L. K., ... y Liberzon, I. (2010). Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 31(3), 176-187.
- Seng, J. S., D'Andrea, W. y Ford, J. D. (2014). Complex mental health sequelae of psychological trauma among women in prenatal care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 41.
- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L. A., Strobino, D., Powe, N. R. y Nicholson, W. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Maternal and Child Health Journal*, 13(5), 577-587.
- Seyfried, L. S. y Marcus, S. M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 231-242.
- Shakeel, N., Eberhard-Gran, M., Sletner, L., Slinning, K., Martinsen, E. W., Holme, I. y Jenum, A. K. (2015). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 5.
- Shakespeare, J. (2001). Evaluation of screening for postnatal depression against the NSC handbook criteria. *London (UK): National Screening Committee*.
- Sharma, V. y Sharma, P. (2012). Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(5), 436-442.
- Sharpley, C. F. y Rogers, H. J. (1984). Preliminary validation of the Abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: Some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment. *Educational and Psychological Measurement*, 44(4), 1045-1049.
- Shaver, P. R., Collins, N. y Clark, C. L. (1996). Attachment styles and internal working models of self and relationship partners. Knowledge structures in close relationships: *A social psychological approach*, 25.

- Sheehan, D. V. (2015). Mini International Neuropsychiatric Interview 7.0. Jacksonville, FL: Medical Outcomes Systems.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A. y McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 66-79.
- Shen, J. J., Lin, F. y Jackson, T. (2009). Risk of prenatal depression: differences by race. *Ethnicity y disease*, 20(1), 35-39.
- Shi, J., Potash, J. B., Knowles, J. A., Weissman, M. M., Coryell, W., Scheftner, W. A., ... y Johnson, J. K. (2011). Genome-wide association study of recurrent early-onset major depressive disorder. *Molecular psychiatry*, 16(2), 193-201.
- Shimizu, Y. M. y Kaplan, B. J. (1987). Postpartum depression in the United States and Japan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18(1), 15-30.
- Shloim, N., Hetherington, M. M., Rudolf, M. y Feltbower, R. G. (2015). Relationship between body mass index and women's body image, self-esteem and eating behaviours in pregnancy: A cross-cultural study. *Journal of health psychology*, 20(4), 413-426.
- Shoham, V. y Insel, T. R. (2011). Rebooting for whom? Portfolios, technology, and personalized intervention. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (5), 478-482.
- Shyn, S. I., Shi, J., Kraft, J. B., Potash, J. B., Knowles, J. A., Weissman, M. M., ... y Scheftner, W. A. (2011). Novel loci for major depression identified by genome-wide association study of Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression and meta-analysis of three studies. *Molecular psychiatry*, 16(2), 202-215.
- Siegel, R. S. y Brandon, A. R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 27(3), 138-150.
- Siegmán, A. W. y Boyle, S. (1993). Voices of fear and anxiety and sadness and depression: the effects of speech rate and loudness on fear and anxiety and sadness and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(3), 430.
- Silverstein, M., Feinberg, E., Cabral, H., Sauder, S., Egbert, L., Schainker, E., ... y Beardslee, W. (2011). Problem-solving education to prevent depression among low-income mothers of preterm infants: a randomized controlled pilot trial. *Archives of women's mental health*, 14(4), 317-324.
- Small, R., Brown, S., Lumley, J. y Astbury, J. (1994). Missing voices: what women say and do about depression after childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(2), 89-103.
- Smedberg, J., Lupattelli, A., Mårdbý, A. C., Øverland, S. y Nordeng, H. (2015). The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy—a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries. *Archives of women's mental health*, 18(1), 73-84.

- Smith, J. (1999). Towards a relational self: Social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood. *The British Journal of Social Psychology*, 38(4), 409-428.
- Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Wang, H., Poschman, K. y Yonkers, K. A. (2009). Success of mental health referral among pregnant and postpartum women with psychiatric distress. *General hospital psychiatry*, 31(2), 155-162.
- Sobey, W. S. (2002). Barriers to postpartum depression prevention and treatment: a policy analysis. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 47(5), 331-336.
- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 177, 7-21.
- Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M. y Alvarez, E. (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25(4), 243-250.
- Solomon, A., Haaga, D.A. y Arnow, B.A. (2001). Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 498-506.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.
- Speitzer, I., Santelli, J., Afbale-Munsuz, A. y Kendall, C. (2004). Measuring factors underlying intendedness of women's first and later pregnancies. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(5), 198-205.
- Spek, V., Cuijpers, P. I. M., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. y Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 37(03), 319-328.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., y Donovan, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1), 160.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., Wootton, B., ... Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 28(7), 541-50.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). The state-trait anxiety inventory (test manual). *Palo Alto, CA, Consulting Psychologists*, 22.
- Spielberger, C. D., Cubero, N. S., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: manual. *Madrid: TEA ediciones*.
- Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory-2: Professional manual. Florida: Psychological Assessment Resources; 1999.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. y Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737-1744.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Gibbon, M. (1987). Structured Clinical Interview for DSM-III-R–Outpatient Version (SCID–OP). *New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute*.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., Verloin deGruy, F., Hahn, S. R., ... y Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Jama*, 272(22), 1749-1756.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Hornyak, R., McMurray, J. y Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study Group. (2000). Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 183(3), 759-769.
- Srinivasan, N., Murthy, S., Singh, A. K., Upadhyay, V., Mohan, S. K. y Joshi, A. (2015). Assessment of burden of depression during pregnancy among pregnant women residing in rural setting of chennai. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(4), LC08.
- Stamp, G. E., Williams, A. S. y Crowther, C. A. (1995). Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial. *Birth*, 22(3), 138-143.
- Stanford Psychophysiology laboratory (2010). Resources.
- Steel, P., Schmidt, J. y Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 134(1), 138.
- Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., ... y Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother–infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 795.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., ... y Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819.
- Stern G. y Kruckman L. (1983) Multi-disciplinary perspectives on postpartum depression: an anthropological critique. *Social Science Medicine* 17, 1027-1041.
- Stewart, D. E. (2011). Clinical practice: Depression during pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 365(17), 1605–1611.
- Stewart, R. C. (2007). Maternal depression and infant growth—a review of recent evidence. *Maternal y child nutrition*, 3(2), 94-107.
- Stewart, R. C., Umar, E., Tomenson, B. y Creed, F. (2014). A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Archives of women's mental health*, 17(2), 145-154.

- Stowe, Z. N. y Nemeroff, C. B. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 173(2), 639-645.
- Strobl, C. W. (2002). *Postpartale Dysphorie (Baby Blues) und Wochenbettdepression: eine katamnestische Untersuchung an 585 Müttern aus Kliniken in München und Starnberg*.
- Studd, J. y Panay, N. (2009). Are oestrogens useful for the treatment of depression in women?. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics y Gynaecology*, 23(1), 63-71.
- Sueiro, E., Castro, M. I., García, A. M., Vale, F. y Vazquez, E. (1996). Cuidados a la mujer ya su pareja previos al parto. *Rev Rol de Enfermería*, 219.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C. y Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Sullivan, P. F., de Geus, E. J., Willemsen, G., James, M. R., Smit, J. H., Zandbelt, T., ... y Coventry, W. L. (2009). Genome-wide association for major depressive disorder: a possible role for the presynaptic protein piccolo. *Molecular psychiatry*, 14(4), 359-375.
- Surkan, P. J., Ettinger, A. K., Ahmed, S., Minkovitz, C. S. y Strobino, D. (2012). Impact of maternal depressive symptoms on growth of preschool-and school-aged children. *Pediatrics*, 130(4), e847-e855.
- Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Todd Constable, R. y Leckman, J. F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(10), 1042-1052.
- Sword, W., Busser, D., Ganann, R., McMillan, T. y Swinton, M. (2008). Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression. *Qualitative Health Research*, 18(9), 1161-1173.
- Talge, N. M., Neal, C. y Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.
- Tamrat, T. y Kachnowski, S. (2012). Special delivery: an analysis of mHealth in maternal and newborn health programs and their outcomes around the world. *Maternal and child health journal*, 16(5), 1092-1101.
- Tandon, S. D., Perry, D. F., Mendelson, T., Kemp, K. y Leis, J. A. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 707.
- Tandon, S. D., Leis, J. A., Mendelson, T., Perry, D. F. y Kemp, K. (2014). Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Maternal and child health journal*, 18(4), 873-881.
- Tanner Stapleton, L. R., Dunkel-Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J. y Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453.

- Tapia, L., Poulsen, G., Isakson, P., Sotomayor, P., Armijo, I. y Pereira, X. (2009). La evaluación del ajuste marital. Series de Investigación Clínica en Terapia de Pareja NI. Santiago de Chile, Ed. Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A. y Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of affective disorders*, 119(1), 142-148.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13(5), 233-238.
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J. y ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 153-163.
- Tercyak, K. P., Johnson, S. B., Roberts, S. F. y Cruz, A. C. (2001). Psychological response to prenatal genetic counseling and amniocentesis. *Patient Education and Counseling*, 43(1), 73-84.
- Terluin, B., Terluin, M., Prince, K. y van Marwijk, H. (2008). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts en wetenschap*, 51(5), 251-255.
- Tharner, A., Luijk, M. P., Van IJendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., ... y Tiemeier, H. (2012). Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant-mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attachment y Human Development*, 14(1), 63-81.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.
- Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., De Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P., ... y Ziegelstein, R. C. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 184(4), 413-418.
- Thombs, B. D. y Ziegelstein, R. C. (2014). Does depression screening improve depression outcomes in primary care?. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 348.
- Thombs, B. D., Ziegelstein, R. C., Roseman, M., Kloda, L. A. y Ioannidis, J. P. (2014). There are no randomized controlled trials that support the United States Preventive Services Task Force guideline on screening for depression in primary care: a systematic review. *BMC medicine*, 12(1), 13.
- Thomson, M. (2008). The effects of placental corticotrophin releasing hormone on the physiology and psychology of the pregnant woman. *Current Women's Health Reviews*, 4(4), 270-279.

- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 18-23.
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G. y Johnston, L. (2009). Randomized controlled trial of web-based treatment of social phobia without clinician guidance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 913-919.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. y Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 890-899.
- Titov, N., Andrews, G., Kemp, A. y Robinson, E. (2010). Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an Internet clinic: Comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS ONE*, 5 (5), 1-5.
- Torner, L., Toschi, N., Nava, G., Clapp, C. y Neumann, I. D. (2002). Increased hypothalamic expression of prolactin in lactation: involvement in behavioural and neuroendocrine stress responses. *European Journal of Neuroscience*, 15(8), 1381-1389.
- Tripp, N., Hainey, K., Liu, A., Poulton, A., Peek, M., Kim, J. y Nanan, R. (2014). An emerging model of maternity care: Smartphone, midwife, doctor?. *Women and Birth*, 27(1), 64-67.
- Tse, A. C., Rich-Edwards, J. W., Rifas-Shiman, S. L., Gillman, M. W. y Oken, E. (2010). Association of maternal prenatal depressive symptoms with child cognition at age 3 years. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 24(3), 232-240.
- Tu, M. T., Lupien, S. J. y Walker, C. D. (2005). Measuring stress responses in postpartum mothers: perspectives from studies in human and animal populations. *Stress*, 8(1), 19-34.
- Tuohy, A. y McVey, C. (2008). Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 153-169.
- Turner, C. F., Ku, L., Rogers, S. M., Lindberg, L. D., Pleck, J. H. y Sonenstein, F. L. (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science*, 280(5365), 867-873.
- US Preventive Services Task Force (USPSTF). (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Annals Internal Medicine*, 136(10):760-764.
- US Preventive Services Task Force. (2009). Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(11), 784.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., y Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, 184(5), 386-392.
- Uvnäs-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-835.

- Van Batenburg-Eddes, T., Brion, M. J., Henrichs, J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., ... y Tiemeier, H. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 591-600.
- Van den Bergh, B. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre-and Perinatal Psychology Journal*, 5(2), 119-130.
- Van den Bergh, B. R. y Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8-and 9-year-olds. *Child development*, 75(4), 1085-1097.
- Van den Bergh, B.R., Mulder, E.J., Mennes, M. y Glover, V. (2005a). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258.
- Van den Bergh, B. R., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A. y Lagae, L. (2005b). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14-and 15-year-olds. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 29(2), 259-269.
- Van den Bergh, B. R., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S. y Lagae, L. (2008). Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology*, 33(3), 536-545.
- Van der Krieke, L., Wunderink, L., Emerencia, A. C., de Jonge, P. y Sytema, S. (2014). E-mental health self-management for psychotic disorders: State of the art and future perspectives. *Psychiatric services*, 65(1), 33-49.
- Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Wynchank, S., Covvey, H. D. y Ossebaard, H. C. (2012). Improving the credibility of electronic health technologies. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(5), 323-323A.
- Van Lerberghe W. y De Brouwere., V. *Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality*. In: De Brouwere V, Van Lerberge W, eds. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Amberes, ITG Press, 2001:7-34 (Studies in Health Organization and Policy, 17).
- Van Lettow, B., de Vries, H., Burdorf, A., Boon, B. y Van Empelen, P. (2015). Drinker prototype alteration and cue reminders as strategies in a tailored web-based Intervention reducing adults' alcohol consumption: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 17(2).
- Van Os, J. y Selten, J. P. (1998). Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands. *The british journal of psychiatry*, 172(4), 324-326.
- Van Voorhees, B. W., Ellis, J., Stuart, S., Fogel, J. y Ford, D. E. (2005). Pilot study of a primary care internet-based depression prevention intervention for later adolescents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14 (2), 40-43.



- Van Voorhees, B. W., Vanderplough-Booth, K., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Stuart, S., Gollan, J.,... Reinecke, M. A. (2008). Integrative internet-based depression prevention for adolescents: a randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 4, 184-196.
- Van Voorhees, B. W., Fogel, J., Reinecke, M. A., Gladstone, T., Stuart, S., Gollan, J., ... Bell, C (2009). Randomized clinical trial of an internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12 week outcomes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30, 23-37.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En J. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En J. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vázquez, C. y Ring, J. M. (1993). Altered cognitions in depression: are dysfunctional attitudes stable?. *Personality and individual differences*, 15(4), 475-479.
- Vázquez, F.L y Torres, A. (2005). La prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Nieto, M. y Hervás, G. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 89-114). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, F. L. y Torres, A. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud*, 18, 221-246.
- Velders, F. P., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., ... y Tiemeier, H. (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *European child y adolescent psychiatry*, 20(7), 341-350.
- Verkerk, G. J., Denollet, J., Van Heck, G. L., Van Son, M. J. y Pop, V. J. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 632-637.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M. y Khalifé, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *Journal of psychosomatic obstetrics y gynecology*, 35(3), 84-91.
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. y Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 805-815.
- Viau, V. (2002). Functional cross-talk between the hypothalamic-pituitary-gonadal and-adrenal axes. *Journal of neuroendocrinology*, 14(6), 506-513.
- Vieten, C. y Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*, 11(1), 67-74.

- Vik, T., Grote, V., Escribano, J., Socha, J., Verduci, E., Fritsch, M., ... y Koletzko, B. (2009). Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta paediatrica*, 98(8), 1344-1348.
- Viktorin, A., Meltzer-Brody, S., Kuja-Halkola, R., Sullivan, P. F., Landén, M., Lichtenstein, P. y Magnusson, P. K. (2015). Heritability of perinatal depression and genetic overlap with nonperinatal depression. *American Journal of Psychiatry*, 173(2), 158-165.
- Villani, D. y Riva, G. (2012). Does interactive media enhance the management of stress? Suggestions from a controlled study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(1), 24-30.
- Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P. y Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: An experience with oncology nurses. *Psychological Services*, 10(3), 315.
- Vythilingum, B. (2008). Anxiety disorders in pregnancy. *Current psychiatry reports*, 10(4), 331-335.
- Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C. A., Offord, D. R. y Hua, J. M. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 226-233.
- Wadephul, F., Jones, C. y Jomeen, J. (2016). The Impact of Antenatal Psychological Group Interventions on Psychological Well-Being: A Systematic Review of the Qualitative and Quantitative Evidence. In *Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 4(2),32.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C. y Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American journal of obstetrics and gynecology*, 169(4), 858-865.
- Wadhwa, P. D., Culhane, J. F., Rauh, V., Barve, S. S., Hogan, V., Sandman, C. A., ... y Glynn, L. (2001). Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 15(s2), 17-29.
- Wagner, E. H., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. y Bonomi A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence to action. *Health Affairs*, 20, 64-78.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. y Kessler, R. C. (2005). Twelve month use of mental health services in the USA. Results from the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629–640.
- Wang, L., Wu, T., Anderson, J. L. y Florence, J. E. (2011). Prevalence and risk factors of maternal depression during the first three years of child rearing. *Journal of Women's Health*, 20(5), 711-718.
- Waqas, A., Raza, N., Lodhi, H. W., Muhammad, Z., Jamal, M. y Rehman, A. (2015). Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator?. *PloS one*, 10(1), e0116510.

- Waring, M. E., Simas, T. A. M., Xiao, R. S., Lombardini, L. M., Allison, J. J., Rosal, M. C. y Pagoto, S. L. (2014). Pregnant women's interest in a website or mobile application for healthy gestational weight gain. *Sexual y Reproductive Healthcare*, 5(4), 182-184.
- Warner, M. J. y Ozanne, S. E. (2010). Mechanisms involved in the developmental programming of adulthood disease. *Biochemical Journal*, 427(3), 333-347.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., ... y Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological assessment*, 19(3), 253.
- Watterson, J. L., Walsh, J. y Madeka, I. (2015). Using mHealth to improve usage of antenatal care, postnatal care, and immunization: A systematic review of the literature. *BioMed research international*, 2015.
- Webb, R., Abel, K., Pickles, A. y Appleby, L. (2005). Mortality in offspring of parents with psychotic disorders: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1045-1056.
- Webb, R. T., Wicks, S., Dalman, C., Pickles, A. R., Appleby, L., Mortensen, P. B., ... y Abel, K. M. (2010). Influence of environmental factors in higher risk of sudden infant death syndrome linked with parental mental illness. *Archives of general psychiatry*, 67(1), 69-77.
- Webster, J., Linnane, J., Roberts, J., Starrenburg, S., Hinson, J. y Dibley, L. (2003). IDentify, Educate and Alert (IDEA) trial: an intervention to reduce postnatal depression. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 110(9), 842-846.
- Weikum, W. M., Brain, U., Chau, C. M., Grunau, R. E., Boyce, W. T., Diamond, A. y Oberlander, T. F. (2013). Prenatal serotonin reuptake inhibitor (SRI) antidepressant exposure and serotonin transporter promoter genotype (SLC6A4) influence executive functions at 6 years of age.
- Weinstock, M. (2001). Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Progress in neurobiology*, 65(5), 427-451.
- Weinstock, M. (2005). The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. *Brain, behavior, and immunity*, 19(4), 296-308.
- Weinstock, M. (2008). The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 32(6), 1073-1086.
- Weissman, A. N. y Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S. y Hwu, H. G., ... Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama The Journal Of The American Medical Association*, 276, 293-299.

- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. y Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008.
- Welberg, L. A. y Seckl, J. R. (2001). Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of the brain. *Journal of neuroendocrinology*, 13(2), 113-128.
- Wells, J. D., Hobfoll, S. E. y Lavin, J. (1997). Resource loss, resource gain, and communal coping during pregnancy among women with multiple roles. *Psychology of Women Quarterly*, 21(4), 645-662.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C. y Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of women's mental health*, 6(1), 43-49.
- Weobong, B., Soremekun, S., ten Asbroek, A. H., Amenga-Etego, S., Danso, S., Owusu-Agyei, S., ... y Kirkwood, B. R. (2014). Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: The DON population-based study. *Journal of affective disorders*, 165, 1-7.
- Werner, E. A., Myers, M. M., Fifer, W. P., Cheng, B., Fang, Y., Allen, R., y Monk, C. (2007). Prenatal predictors of infant temperament. *Developmental psychobiology*, 49(5), 474-484.
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S. y Ickovics, J. R. (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstetrics and gynecology*, 110(1), 134.
- Whisman, M. A. y Kaiser, R. (2008). Marriage and relationship issues. In K. S. Dobson y D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 363–384). San Diego: Academic Press.
- Whisman, M. A. y Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, 24(1), 184.
- Whisman, M. A., Davila, J. y Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 375.
- White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M. y Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 74-85.
- Whitton, A., Warner, R. y Appleby, L. (1996). The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract*, 46(408), 427-428.
- Wile, J. and Arechiga, M. (1999). "Sociocultural aspects of postpartum depression". In *Postpartum mood disorders*, Edited by: Miller, L. J. 83–98. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wilén, J. M. y Mounts, K. O. (2006). Women with depression—"you can't tell by looking". *Maternal and Child Health Journal*, 10(5 Suppl), S183–S186.

- Wilkie, G. y Shapiro, C. M. (1992). Sleep deprivation and the postnatal blues. *Journal of psychosomatic research*, 36(4), 309-316.
- Williamson, D. E., Forbes, E. E., Dahl, R. E. y Ryan, N. D. (2005). A genetic epidemiologic perspective on comorbidity of depression and anxiety. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 707-726.
- Wilson, D. J. y Doolabh, A. (1992). Reliability, factorial validity and equivalence of several forms of the Eysenck personality inventory/questionnaire in Zimbabwe. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 637-643.
- Wilson, J. M. G. y Jungner, G. (1968). Principles and practice of screening for disease. *Principles and practice of screening for disease.*, (34).
- Wisner, K. L. y Stowe, Z. N. (1997). Psychobiology of postpartum mood disorders. In *Seminars in Reproductive Endocrinology*, 15(1), 77-89.
- Wisner, K. L., Sit, D. K., Hanusa, B. H., Moses-Kolko, E. L., Bogen, D. L., Hunker, D. F., ... y Singer, L. T. (2009). Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *Focus*, 7(3), 374-384.
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., ... y Confer, A. L. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry*, 70(5), 490-498.
- Witt, W. P., DeLeire, T., Hagen, E. W., Wichmann, M. A., Wisk, L. E., Spear, H. A., ... y Hampton, J. (2010). The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: a nationally representative population-based study. *Archives of women's mental health*, 13(5), 425-437.
- Woods, N. F., Smith-DiJulio, K., Percival, D. B., Tao, E. Y., Mariella, A. y Mitchell, E. S. (2008). Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*, 15(2), 223-232.
- Woods, S. M., Melville, J. L., Guo, Y., Fan, M. Y. y Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(1), 61-e1.
- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S. y Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Archives of women's mental health*, 12(2), 75-83.
- Workman, J. L., Barha, C. K. y Galea, L. A. (2012). Endocrine substrates of cognitive and affective changes during pregnancy and postpartum. *Behavioral neuroscience*, 126(1), 54.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care; a guide for essential practice*. Geneva: World Health Organization, 186.

- World Health Organization. (2005a). *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005b). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen: World Health Organization.
- Wray, N. R., Pergadia, M. L., Blackwood, D. H. R., Penninx, B. W. J. H., Gordon, S. D., Nyholt, D. R., ... y Smit, J. H. (2012). Genome-wide association study of major depressive disorder: new results, meta-analysis, and lessons learned. *Molecular psychiatry*, 17(1), 36-48.
- Yali, A. M. y Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 20(1), 39-52.
- Yali, A. M. y Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress y Coping*, 15(3), 289-309.
- Yamashita, H. y Yoshida, K. (2002). Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica*, 105(9), 1129-1135.
- Yanikkerem, E., Ay, S., Mutlu, S. y Goker, A. (2013). Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *Journal Pakistan Medical Association*, 63(4), 472-477.
- Yim, I. S., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Chiciz-DeMet, A. y Sandman, C. A. (2009). Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Archives of general psychiatry*, 66(2), 162-169.
- Yonkers, K. A., Smith D Ph, M. V., Lin, H., Howell, H. B., Shao, L. y Rosenheck, R. A. (2009). Depression screening of perinatal women: an evaluation of the healthy start depression initiative. *Psychiatric Services*, 60(3), 322-328.
- Young, E. A., Abelson, J. L. y Cameron, O. G. (2004). Effect of comorbid anxiety disorders on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to a social stressor in major depression. *Biological psychiatry*, 56(2), 113-120.
- Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 36.
- Zachariah, R. (2009). Social support, life stress, and anxiety as predictors of pregnancy complications in low-income women. *Research in nursing y health*, 32(4), 391-404.
- Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J. F., Valenzuela, M., Westreich, R. y Dayan, J. (2004). Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcultural psychiatry*, 41(4), 445-464.
- Zelkowitz, P., Saucier, J. F., Wang, T., Katofsky, L., Valenzuela, M. y Westreich, R. (2008). Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. *Archives of women's mental health*, 11(1), 1-11.

- Zeng, Y., Cui, Y. y Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC psychiatry*, 15(1), 66.
- Ziedonis, D. M. (2004). Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS spectrums*, 9(12), 892-904.
- Zigmond, A. S. y Snaith, P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Scandinávica*, 67(6), 361-370.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S. y Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 610-617.
- Zlotnick, C., Miller, I. W., Pearlstein, T., Howard, M. y Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1443-1445.
- Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T. y Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 638-640.
- Zonana, J. y Gorman, J. M. (2005). The neurobiology of postpartum depression. *CNS spectrums*, 10(10), 792-799.
- Zung, W. W., Richards, C. B. y Short, M. J. (1965). Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS. *Archives of General Psychiatry*, 13(6), 508-515.

## ANEXO 1: Acceso y registro en el programa online MamáFeliz



Estimada amiga,

En primer lugar, le damos la enhorabuena por su embarazo. El motivo de que le hayan dado este documento es para solicitar su participación en un proyecto de investigación cuyo objetivo es el estudio del estado de ánimo en las mujeres embarazadas, durante su embarazo y después del parto. La característica innovadora de este estudio es que las evaluaciones se realizan a través de una aplicación informática llamada **MamáFeliz** cuyo acceso se realiza de manera cómoda, rápida y sencilla a través de Internet.

En la dirección [www.mamafeliz.es](http://www.mamafeliz.es), Ud. encontrará toda la información que necesita conocer acerca de las características y objetivos de **MamáFeliz**. Los beneficios que adquirirá por cumplimentar la investigación consisten, por un lado en conocer cual es su estado emocional a lo largo del embarazo y el postparto, y por otro lado, participar en el sorteo de diferentes obsequios que sortharemos entre todas las participantes que completen las evaluaciones.

Con el código que le presentamos a continuación podrá acceder y registrarse para participar, si así lo desea.

<b>CÓDIGO DE USUARIA/ CONTRASEÑA</b>	<b>ybarj4ik</b>
--	-----------------

Ante cualquier incidencia o duda, Usted tiene a su disposición una dirección de correo electrónico [mamafeliz@creos.es](mailto:mamafeliz@creos.es) y el teléfono **964 069 637** en los que podrá consultar cualquier duda y obtener más información.

Reciba un cordial saludo.

**Jorge J. Osma López**  
**Universidad de Zaragoza**  
Departamento de Psicología y Sociología  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
c/ Ciudad Escolar s/n. 44003. Teruel  
Teléf.: 978645343 (ext. 861343)



## ANEXO 2: Fases de evaluación del programa MamáFeliz

FASES DE EVALUACIÓN DE MAMÁFELIZ				
PRE1 (semana de gestación 16-24)	PRE2 (semana de gestación 30-36)	SEGUIMIENTO I (2 semanas tras parto)	SEGUIMIENTO II (4 semanas tras parto)	SEGUIMIENTO III (12 semanas tras parto)
<b><u>BLOQUE I</u></b> Sociodemográficos Obstétricos PRE Entrevista Clínica EPQR-RS ACQ-R	<b><u>BLOQUE I</u></b> Sociodemográficos Obstétricos PRE Entrevista Clínica EPQR-RS ACQ-R	Obstétricos. Seguimiento I BDI-II EPDS STAI E ACQ-R PANAS AUTOESTIMA MSPSS AJUSTE MARITAL ESCALA INADAPTACIÓN Entrevista Diagnóstica SCID-I	Obstétricos. Seguimiento II BDI-II EPDS STAI E ACQ-R PANAS AUTOESTIMA MSPSS AJUSTE MARITAL ESCALA INADAPTACIÓN Entrevista Diagnóstica SCID-I	Obstétricos. Seguimiento III BDI-II EPDS STAI E ACQ-R PANAS AUTOESTIMA MSPSS AJUSTE MARITAL ESCALA INADAPTACIÓN Entrevista Diagnóstica SCID-I
<b><u>BLOQUE II</u></b> PANAS AUTOESTIMA BDI-II EPDS STAI R STAI E ESCALA INADAPTACIÓN Entrevista Diagnóstica SCID-I	<b><u>BLOQUE II</u></b> PANAS AUTOESTIMA BDI-II EPDS STAI R STAI E ESCALA INADAPTACIÓN			
<b><u>BLOQUE III</u></b> EAVE ERQ CAE INDICE CALIDAD DE VIDA MSPSS AJUSTE MARITAL	<b><u>BLOQUE III</u></b> EAVE ERQ CAE INDICE CALIDAD DE VIDA MSPSS AJUSTE MARITAL			

## ANEXO 3: Entrevista Obstétrica

### ENTREVISTA OBSTÉTRICA MMF (Osma, 2011):

#### Datos sociodemográficos:

1. Fecha de nacimiento:
2. Edad:
3. Nacionalidad:
4. Población de residencia:
5. Indique su nivel de estudios:
  - ☐ Sin estudios
  - ☐ Primaria
  - ☐ Secundaria
  - ☐ Bachillerato
  - ☐ Formación profesional grado medio
  - ☐ Formación profesional grado superior
  - ☐ Universidad
  - ☐ Máster
  - ☐ Doctorado
6. ¿Cuál es su situación laboral actual?
  - ☐ Parada
  - ☐ Activa
  - ☐ Baja por maternidad
  - ☐ Incapacidad laboral temporal (ILT)
7. ¿Cuál es su profesión?
8. ¿Cuál es su estado civil?
  - ☐ Soltera
  - ☐ Pareja de hecho
  - ☐ Casada
  - ☐ Separada
  - ☐ Divorciada
  - ☐ Viuda
9. Indique la renta de la unidad familiar o ingresos anuales (en euros)
  - ☐ 1.000-15.000
  - ☐ 16.000-30.000
  - ☐ 31.000-45.000
  - ☐ 46.000-55.000
  - ☐ Más de 56.000
10. ¿Tiene pareja actualmente? (conteste sí o no)

**11. Si responde que NO tiene pareja actualmente: ¿Cómo es la relación con el padre del bebé?**

- ☐ Buena
- ☐ Mala
- ☐ Regular
- ☐ No hay relación

**12. Si responde que SÍ tiene pareja actualmente: ¿Su pareja es el padre del futuro bebé? (conteste sí o no)**

- Edad su pareja actual:
- Sexo de su pareja:
  - ☐ Hombre
  - ☐ Mujer
- Nacionalidad de su pareja
- Nivel de estudios de su pareja:
  - ☐ Sin estudios
  - ☐ Primaria
  - ☐ Secundaria
  - ☐ Bachillerato
  - ☐ Formación profesional grado medio
  - ☐ Formación profesional grado superior
  - ☐ Universidad
  - ☐ Máster
  - ☐ Doctorado
- Profesión de su pareja:
- Situación laboral actual de su pareja:
  - ☐ Parado/a
  - ☐ En activo

**13. Sin contar el futuro bebé ¿tienen más hijos/as en común? ¿Cuántos?**

**14. ¿Tiene hijos/as suyos de relaciones anteriores? ¿Cuántos?**

**15. ¿su pareja actual tiene hijos de relaciones anteriores? ¿Cuántos?**

### Antecedentes médicos

1. ¿Tiene alguna enfermedad médica actual? Indique cual.
2. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido usted tratamiento psicológico? (conteste sí o no)
  - ☐ Por depresión
  - ☐ Por ansiedad
  - ☐ Otros
3. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido usted tratamiento farmacológico pautado por un psiquiatra? (conteste sí o no)
4. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido usted tratamiento farmacológico pautado por el médico de cabecera? (conteste sí o no)
5. En algún periodo de su vida, ¿ha tomado usted tratamiento farmacológico autoadministrado? (conteste sí o no)
6. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido el padre de su bebé/pareja tratamiento psicológico? (conteste sí o no)
7. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido el padre de su bebé/pareja tratamiento farmacológico pautado por un psiquiatra? (conteste sí o no)
8. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido el padre de su bebé/pareja tratamiento farmacológico pautado por el médico de cabecera? (conteste sí o no)
9. En algún periodo de su vida, ¿ha tomado el padre de su bebé/pareja tratamiento farmacológico autoadministrado? (conteste sí o no)
10. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido algunos de sus familiares tratamiento psicológico? (conteste sí o no)
11. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido algunos de sus familiares tratamiento farmacológico pautado por un psiquiatra? (conteste sí o no)
12. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido algunos de sus familiares tratamiento farmacológico pautado por el médico de cabecera? (conteste sí o no)
13. En algún periodo de su vida, ¿ha tomado algunos de sus familiares tratamiento farmacológico autoadministrado? (conteste sí o no)
14. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido alguno de los familiares del padre de su bebé/su pareja tratamiento psicológico? (conteste sí o no)
15. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido alguno de los familiares del padre de su bebé/su pareja tratamiento farmacológico pautado por un psiquiatra? (conteste sí o no)
16. En algún periodo de su vida, ¿ha recibido alguno de los familiares del padre de su bebé/su pareja tratamiento farmacológico pautado por el médico de cabecera? (conteste sí o no)
17. En algún periodo de su vida, ¿ha tomado alguno de los familiares del padre de su bebé/su pareja tratamiento farmacológico autoadministrado? (conteste sí o no)

**18. Indique si en algún momento de su vida ha tomado tratamiento con psicofármacos:**

- ☐ **Antidepresivos**
- ☐ **Ansiolíticos**
- ☐ **Hipnóticos**

### Hábitos de salud

1. ¿Fumaba usted antes de quedarse embarazada?

- No
- Sí, indique el consumo aproximado:
  - ☐ 0-5 cigarrillos/semana
  - ☐ 6-10 cigarrillos/semana
  - ☐ Más de 10 cigarrillos/semana

2. ¿Tomaba alcohol de forma habitual antes del embarazo?

- No
- Sí, indique el consumo aproximado:
  - ☐ 0-5 veces/semana
  - ☐ Más 6 veces/semana

3. ¿Consumía drogas antes del embarazo? En caso afirmativo indique el tipo de droga.

4. ¿Fuma usted durante el embarazo?

- No
- Sí, indique el consumo aproximado:
  - ☐ 0-5 cigarrillos/semana
  - ☐ 6-10 cigarrillos/semana
  - ☐ Más de 10 cigarrillos/semana

5. ¿Toma alcohol de forma habitual durante del embarazo?

- No
- Sí, indique el consumo aproximado:
  - ☐ 0-5 veces/semana
  - ☐ Más 6 veces/semana

6. ¿Consume drogas durante del embarazo? En caso afirmativo indique el tipo de droga.

**Datos obstétricos**

**Fecha de hoy:**

- 1. Indique la semana de gestación en la que se encuentra:**
- 2. Este embarazo es su embarazo número:**
- 3. ¿Ha tenido abortos previos? ¿Cuántos?**
- 4. ¿Este embarazo estaba planificado? (conteste sí o no)**
- 5. ¿Este embarazo es deseado? (conteste sí o no)**
- 6. ¿Su embarazo actual ha sido un embarazo natural o por reproducción asistida?**
- 7. Indique el número de fetos de su embarazo actual:**
- 8. Indique la fecha de su última regla:**
- 9. Indique la fecha prevista de parto:**
- 10. ¿Cuál es su Centro de Salud de seguimiento del embarazo?**
- 11. ¿Tiene usted seguro médico privado? (conteste sí o no)**
- 12. ¿Cuál es el centro donde tiene previsto tener su bebé?**
- 13. ¿Tiene previsto asistir o está asistiendo a los cursos de educación materna-preparación al parto?**
- 14. ¿Qué tipo de lactancia desearía proporcionar a su bebé? (indique si natural, artificial o sin decidir)**
- 15. ¿Tiene problemas actuales respecto a su embarazo? Anote lo que corresponda en función de su cartilla de embarazo:**
  - ☐ Riesgo bajo o 0
  - ☐ Riesgo medio o 1
  - ☐ Riesgo alto o 2
  - ☐ Riesgo muy alto o 3
  - ☐ No sabe/ no contesta
- 16. ¿Experimenta o ha experimentado usted sentimientos de ambivalencia afectiva durante el embarazo?**
  - ☐ Nunca
  - ☐ En ocasiones
  - ☐ A menudo

### Área social y familiar

1. Indique como es la relación con su padre en la actualidad

- ☐ Mala
- ☐ Regular
- ☐ Buena
- ☐ No hay contacto
- ☐ Ha fallecido

2. Indique como es la relación con su madre en la actualidad

- ☐ Mala
- ☐ Regular
- ☐ Buena
- ☐ No hay contacto
- ☐ Ha fallecido

3. ¿Tiene hermanos? (conteste sí o no)

4. Si responde que Sí tiene hermanos:

- ¿Cuántos son hombres?
- ¿Cuántos son mujeres?
- ¿Cómo es la relación con sus hermanos actualmente?
  - ☐ Mala
  - ☐ Regular
  - ☐ Buena
  - ☐ No hay contacto
  - ☐ Ha fallecido

5. ¿Tiene amigos/as? (conteste sí o no)

6. Si responde que Sí tiene amigos ¿Cómo es su relación en la actualidad?:

- ☐ Mala
- ☐ Regular
- ☐ Buena
- ☐ No hay contacto
- ☐ Ha fallecido

7. ¿Su familia le apoya en su decisión de ser mamá? Valore el apoyo recibido

- ☐ Nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

8. ¿Su familia le ayuda en su decisión de ser mamá? Valore la ayuda recibida

- ☐ Nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho



**9. ¿Su familia le apoya en su decisión de ser mamá? Valore el apoyo recibido**

- ☐ Nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

**10. ¿Su familia le apoya en su decisión de ser mamá? Valore el apoyo recibido**

- ☐ Nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

**11. ¿Sus amigos le apoyan en su decisión de ser mamá? Valore el apoyo recibido**

- ☐ Nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

**12. ¿Sus amigos le ayudan en su decisión de ser mamá? Valore la ayuda recibida**

- ☐ Nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

## ANEXO 4: Entrevista Clínica

### SCID-I: Entrevista Clínica estructurada para DSM-IV-TR

**A1. Durante el mes pasado...** ¿Ha habido algún periodo de tiempo en que se sintiera deprimida o desanimada la mayor parte del día casi todos los días?

- SÍ
- NO

Si la respuesta es afirmativa: ¿Cuánto tiempo duró?

- Menos de 7 días (0 puntos)
- Entre 7 y 14 días (1 punto)
- Más de 14 días (1 punto)

**A2. Durante el mes pasado...** ¿Perdió interés o placer en cosas que habitualmente le gustaban?

- SÍ
- NO

Si la respuesta es afirmativa: ¿Cuánto tiempo duró?

- Menos de 7 días (0 puntos)
- Entre 7 y 14 días (1 punto)
- Más de 14 días (1 punto)

**A3. Durante las dos últimas semanas...** ¿Ha ganado o perdido peso?

- SÍ (1 punto)
- NO (0 puntos)

**A4. Durante las dos últimas semanas...** ¿Ha tenido dificultades para dormir?

- SÍ
- NO (0 puntos)

Si la respuesta es afirmativa: Especifique o describa en qué aspectos ha visto dificultada su calidad del sueño:

- Algunas veces= 1 puntos
- Bastante a menudo= 2 puntos
- Muy a menudo= 3 puntos
- Casi siempre= 4 puntos

Conciliara el sueño

Despertarse con frecuencia

Despertarse demasiado pronto

Dormir demasiadas horas al día

**A5. Durante las dos últimas semanas...** ¿Se encontraba tan nerviosa o inquieta que no podía dejar de moverse?

- SÍ (1 punto)
- NO (0 puntos)

Y al contrario, esto es, ¿hablaba o se movía más lentamente de lo normal?

- SÍ (1 punto)
- NO (0 puntos)

**A6. Durante las dos últimas semanas...** ¿Qué tal se encontraba de energía? ¿Estaba todo el día cansada?

- Sí (1 punto)
- NO (0 puntos)

**A7. Durante las dos últimas semanas...** ¿Qué pensaba de sí misma? ¿Se sentía inútil y/o culpable por cosas que había hecho o dejado de hacer?

- Sí (1 punto)
- NO (0 puntos)

**A8. Durante las dos últimas semanas...** ¿Tenía dificultades para pensar o concentrarse? ¿Le costaba mucho tomar decisiones sobre asuntos cotidianos?

- Sí (1 punto)
- NO (0 puntos)

**A9. Durante las dos últimas semanas...** ¿Estaban tan mal las cosas que pensaba mucho en la muerte o en que sería mejor estar muerta? ¿Pensaba en hacerse daño a sí misma?

- Sí (1 punto)
- NO (0 puntos)

Si la respuesta es afirmativa: ¿Hizo algo para hacerse daño?

- Sí (1 punto)
- NO (0 puntos)

**A10.**

- a) Menos de 5 puntos con A1 y A2= 0 puntos
- b) 5-9 puntos con A1 o A2= 1 punto
- c) 5-9 puntos con A1 o A2= 0 puntos

Si A10= a) o c) ir a ítem A13

Si A10= b) ir a ítem A11, A12 y A13

**A11. Este estado de ánimo deprimido de las dos últimas semanas... ¿le hizo más difícil trabajar, atender a las tareas de casa o relacionarse con otras personas?**

- SÍ (1 punto)
- NO (0 puntos)

**A12.1 Justo antes de que este estado de ánimo deprimido empezara... ¿se encontraba físicamente enfermo?**

- SÍ
- NO

A12-1. Si la respuesta es afirmativa: TRAS RESPUESTA A ITEM A13. que aparecerá:  
Sus respuestas informan de una alteración en su estado de ánimo que puede ser debida a una enfermedad médica. Por favor, consulte a su especialista médico para encontrar una rápida solución.

A12-1. Si la respuesta es negativa: TRAS LA RESPUESTA AL ITEM A13. que aparecerá:  
Mensaje en función de puntuaciones en BDI-II y STAI

**A12.2 Justo antes de que este estado de ánimo deprimido empezara... ¿Estaba tomando algún medicamento?**

- SÍ
- NO

A12-2. Si la respuesta es afirmativa: TRAS RESPUESTA A ITEM A13. que aparecerá:  
Sus respuestas informan de una alteración en su estado de ánimo que puede ser debida al consumo de algún medicamento o tratamiento farmacológico. Por favor, consulte a su especialista médico para encontrar una rápida solución.

A12-1. Si la respuesta es negativa: TRAS LA RESPUESTA AL ITEM A13. que aparecerá:  
Mensaje en función de puntuaciones en BDI-II y STAI

**A12.3 Justo antes de que este estado de ánimo deprimido empezara... ¿empezó justo después de que falleciera algún ser querido?**

- SÍ
- NO

A12-2. Si la respuesta es afirmativa: TRAS RESPUESTA A ITEM A13. que aparecerá: Sus respuestas informan de una alteración en su estado de ánimo que puede ser debida a la pérdida de un familiar. Por favor, consulte a su especialista médico para encontrar una rápida solución.

A12-1. Si la respuesta es negativa: TRAS LA RESPUESTA AL ITEM A13. que aparecerá: Mensaje en función de puntuaciones en BDI-II y STAI

**A13. ¿Ha habido otras épocas en que se sintiera deprimida y experimentara durante varios días (incluso semanas) los síntomas mencionados a lo largo de este cuestionario en igual o mayor medida?**

- SÍ
- NO

## ANEXO 5: Medidas de autoinforme sobre personalidad

### EPQ-RS

(Eysenck & Eysenck, 1985; adaptado por Ortet y cols)

Por favor, conteste cada pregunta poniendo un aspa (X) sobre el SI el NO que le siguen.

No hay respuestas COORECTAS o INCORRECTAS, ni preguntas con trampa.

Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas.

	SI	NO
1. ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?		
2. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?		
3. ¿Es una persona conversadora?		
4. ¿Se siente a veces desdichado sin motivo?		
5. ¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un reparto?		
6. ¿Es usted una persona más bien animada o vital?		
7. Si usted asegura que habrá una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importarle las molestias que ello le pueda ocasionar?		
8. ¿Es una persona irritable?		
9. ¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?		
10. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?		
11. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?		
12. ¿Tiende a mantenerse apartado/a de las situaciones sociales?		
13. A menudo, ¿se siente harto/a?		
14. ¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?		
15. Para usted, ¿los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?		
16. ¿Le gusta salir a menudo?		
17. ¿Es mejor actuar como uno quiera que seguir las normas sociales?		
18. ¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?		
19. ¿Diría de sí mismo que es una persona nerviosa?		
20. ¿Es usted una persona sufridora?		
21. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?		
22. ¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?		
23. ¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?		
24. ¿Diría de sí mismo que es una persona tensa o muy nerviosa?		
25. Por lo general, ¿suele estar callado/a cuando está con otras personas?		
26. ¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?		
27. ¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?		
28. ¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos?		
29. ¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?		
30. ¿De niño, fue alguna vez descarado con sus padres?		
31. ¿Le gusta mezclarse con la gente?		
32. ¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?		
33. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?		
34. ¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?		
35. ¿A menudo siente que la vida es muy monótona?		
36. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?		
37. ¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con		

ahorros y seguros?		
38. ¿Evadiría impuestos si estuviera seguro de que nunca sería descubierto?		
39. ¿Puede organizar y conducir una fiesta?		
40. Generalmente, ¿Reflexiona antes de actuar?		
41. ¿Sufre de los <<nervios>>?		
42. ¿A menudo se siente solo?		
43. ¿Hace siempre lo que predica?		
44. ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?		
45. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?		
46. ¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?		
47. ¿La gente piensa que usted es una persona animada?		
48. ¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?		

## STAI

Spielberger y Cols., 1970

### INSTRUCCIONES A-R

*A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas o malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.*

	0	1	2	3
	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3



### CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA (Rosenberg, 1965)

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a usted mismo y a su forma de pensar.

Para cada frase existen cuatro alternativas de respuesta, de las que usted deberá elegir aquella con la que esté de acuerdo y la rodeará con un círculo.

Sea sincero, por favor.

(1). Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.

- a) Estoy muy de acuerdo
- b) Estoy de acuerdo
- c) No estoy de acuerdo
- d) Estoy muy en desacuerdo

(2). Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.

- a) Estoy muy de acuerdo
- b) Estoy de acuerdo
- c) No estoy de acuerdo
- d) Estoy muy en desacuerdo

(3). Creo que tengo varias cualidades buenas.

- a) Estoy muy de acuerdo
- b) Estoy de acuerdo
- c) No estoy de acuerdo
- d) Estoy muy en desacuerdo

(4). Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.

- a) Estoy muy de acuerdo
- b) Estoy de acuerdo
- c) No estoy de acuerdo
- d) Estoy muy en desacuerdo

(5). Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.

- a) Estoy muy de acuerdo
- b) Estoy de acuerdo
- c) No estoy de acuerdo
- d) Estoy muy en desacuerdo

(6). Asumo una actitud positiva hacia mí mismo.

- a) Estoy muy de acuerdo
- b) Estoy de acuerdo
- c) No estoy de acuerdo
- d) Estoy muy en desacuerdo

## ESCALA DE AFECTO NEGATIVO Y POSITIVO

Positivo=

Negativo=

A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste hasta qué punto Vd. suele sentirse HABITUALMENTE de la forma que indica cada expresión.

Generalmente **me siento**:

	NADA O CASI NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
1. Interesado/a	1	2	3	4	5
2. Tenso/a o estresado/a	1	2	3	4	5
3. Animado/a, emocionado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a o molesto/a	1	2	3	4	5
5. Enérgico/a, con vitalidad	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Enojado/a	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Orgulloso/a de algo, satisfecho/a	1	2	3	4	5
11. Irritable o malhumorado/a	1	2	3	4	5
12. Dispuesto/a, despejado/a	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a o atrevido/a	1	2	3	4	5
17. Atento/a, esmerado/a	1	2	3	4	5
18. Intranquilo/a o preocupado/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Temeroso/a, con miedo	1	2	3	4	5

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

## ANEXO 6: Medidas de autoinforme sobre las estrategias de afrontamiento y regulación emocional

### INVENTARIO DE CONTROL DE LA ANSIEDAD

Brown, White, Forsyth y Barlow (2004)  
Traducido por A. García-Palacios y J. Osma

A continuación se presentan una serie de frases que describen ciertas creencias. Por favor, lea cada frase con detalle e indique en qué medida cree que cada frase es típica de usted. Utilice la siguiente escala de 0 a 5 para contestar.

0	1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Que sea capaz de afrontar situaciones difíciles depende de si tengo ayuda externa	0	1	2	3	4	5
2. En momentos de estrés es probable que pierda el control	0	1	2	3	4	5
3. Cuando estoy asustado por algo, generalmente no hay nada que yo pueda hacer	0	1	2	3	4	5
4. El hecho de que pueda escapar de una situación amenazante es siempre una cuestión de suerte para mí	0	1	2	3	4	5
5. Normalmente me resulta fácil quitarme las preocupaciones de la cabeza	0	1	2	3	4	5
6. Soy capaz de controlar la intensidad de mi ansiedad	0	1	2	3	4	5
7. Hay poco que pueda hacer para cambiar acontecimientos amenazantes.	0	1	2	3	4	5
8. La medida en que una situación difícil se resuelve no tiene nada que ver con mis acciones	0	1	2	3	4	5
9. Si algo va a hacerme daño, sucederá independientemente de lo que yo haga	0	1	2	3	4	5
10. Normalmente puedo relajarme cuando quiero	0	1	2	3	4	5
11. En momentos de estrés no siempre estoy seguro de cómo voy a reaccionar	0	1	2	3	4	5
12. La mayoría de las cosas que me ponen nervioso están fuera de mi control	0	1	2	3	4	5
13. No me preocupa ponerme nervioso en una situación difícil porque tengo confianza en mi habilidad para hacer frente a los síntomas	0	1	2	3	4	5
14. Normalmente me resulta difícil hacer frente a los problemas	0	1	2	3	4	5
15. Cuando estoy nervioso me resulta difícil centrarme en otra cosa que no sea mi ansiedad	0	1	2	3	4	5

**POR FAVOR COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS AFIRMACIONES**

**CAE**  
(Sandín y Chorot, 2003)

*Instrucciones:* En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Señale el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE-MENTE	4 CASI SIEMPRE
------------	---------------------	--------------	----------------------	----------------------

¿Cómo se ha comportado <i>habitualmente</i> ante situaciones de estrés?	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
4. Descargué mi mal humor con los demás	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
7. Asistí a la Iglesia	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
11. Insulté a ciertas personas	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE

15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
25. Agredí a algunas personas	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
26. Procuré no pensar en el problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
32. Me irrité con alguna gente	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE

35. Recé	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
40. Intenté olvidarme de todo	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VECES	3 FRECUENTE- MENTE	4 CASI SIEMPRE

### ERQ

(Gross & Thompson, 2003)

Nos gustaría hacerte algunas preguntas acerca de tu vida emocional, en particular, acerca de cómo controlas (es decir, de cómo regulas y manejas) tus emociones. Las frases que te presentamos hacen referencia a dos aspectos distintos de tu vida emocional. Uno es tu experiencia emocional, es decir cómo te sientes interiormente. El otro aspecto es tu expresión emocional, es decir cómo se demuestran tus emociones en tu manera de hablar, de gesticular o de comportarte. Aunque algunas de las frases pueden parecer muy similares entre sí, se diferencian en aspectos importantes. Responde a cada una de ellas utilizando la siguiente escala:

1 TOTALMENTE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERADAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERADAMENTE EN DESACUERDO	6 BASTANTE EN DESACUERDO	7 TOTALMENTE EN DESACUERDO
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

1. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción <i>positiva</i> (como alegría o felicidad) <i>cambio lo que estoy pensando.</i>	1 TOTALMENTE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERADAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERADAMENTE EN DESACUERDO	6 BASTANTE EN DESACUERDO	7 TOTALMENTE EN DESACUERDO
2. Me reservo mis emociones para mí mismo.	1 TOTALMENTE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERADAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERADAMENTE EN DESACUERDO	6 BASTANTE EN DESACUERDO	7 TOTALMENTE EN DESACUERDO
3. Cuando quiero sentir menos intensamente una emoción <i>negativa</i> (como tristeza o enfado) <i>cambio lo que estoy pensando.</i>	1 TOTALMENTE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERADAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERADAMENTE EN DESACUERDO	6 BASTANTE EN DESACUERDO	7 TOTALMENTE EN DESACUERDO
4. Cuando tengo emociones <i>positivas</i> , pongo mucho cuidado en no expresarlas.	1 TOTALMENTE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERADAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERADAMENTE EN DESACUERDO	6 BASTANTE EN DESACUERDO	7 TOTALMENTE EN DESACUERDO

5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento <i>pensar sobre esa situación</i> de una forma que me ayude a mantener la calma.	1 TOTALMEN TE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERA DAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERAD AMENTE EN DESACUER DO	6 BASTA NTE EN DESAC UERDO	7 TOTALM ENTE EN DESACUE RDO
6. Controlo mis emociones, <i>no expresándolas</i> .	1 TOTALMEN TE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERA DAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERAD AMENTE EN DESACUER DO	6 BASTA NTE EN DESAC UERDO	7 TOTALM ENTE EN DESACUE RDO
7. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción <i>positiva</i> , <i>cambio mi manera de pensar</i> acerca de la situación.	1 TOTALMEN TE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERA DAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERAD AMENTE EN DESACUER DO	6 BASTA NTE EN DESAC UERDO	7 TOTALM ENTE EN DESACUE RDO
8. Controlo mis emociones <i>cambiando mi manera de pensar</i> acerca de la situación en la que estoy.	1 TOTALMEN TE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERA DAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERAD AMENTE EN DESACUER DO	6 BASTA NTE EN DESAC UERDO	7 TOTALM ENTE EN DESACUE RDO
9. Cuando siento emociones <i>negativas</i> , me aseguro de no expresarlas.	1 TOTALMEN TE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERA DAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERAD AMENTE EN DESACUER DO	6 BASTA NTE EN DESAC UERDO	7 TOTALM ENTE EN DESACUE RDO
10. Cuando quiero sentir con menor intensidad una emoción <i>negativa</i> , <i>cambio mi manera de pensar</i> acerca de esa situación.	1 TOTALMEN TE DE ACUERDO	2 BASTANTE DE ACUERDO	3 MODERA DAMENTE DE ACUERDO	4 NEUTRO	5 MODERAD AMENTE EN DESACUER DO	6 BASTA NTE EN DESAC UERDO	7 TOTALM ENTE EN DESACUE RDO



## ANEXO 7: Medidas de autoinforme sobre eventos adversos estresantes

### EAVE

(Holmes y Rahe, 1983)

Por favor, señale de este listado aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año en la 1ª columna e indique en la 2ª columna el nivel de ansiedad y/o interferencia que le produjeron siguiendo esta escala:

0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10.

NINGUNA ANSIEDAD                      ANSIEDAD LIGERA                      ANSIEDAD MODERADA                      ANSIEDAD SEVERA                      MÁXIMA ANSIEDAD

	NO	SI	NIV. DE ANSIEDAD
1. Muerte del cónyuge			
2. Divorcio			
3. Separación matrimonial			
4. Encarcelación			
5. Muerte de un familiar cercano			
6. Lesión o enfermedad personal			
7. Matrimonio			
8. Despido del trabajo			
9. Paro			
10. Reconciliación matrimonial			
11. Jubilación			
12. Cambio de salud de un miembro de la familia			
13. Drogadicción y/o alcoholismo			
14. Embarazo			
15. Dificultades o problemas sexuales			
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia			
17. Reajuste de negocio			
18. Cambio de situación económica			
19. Muerte de un amigo íntimo			
20. Cambio en el tipo de trabajo			
21. Mala relación con el cónyuge			
22. Juicio por crédito o hipoteca			
23. Cambio de responsabilidad en el trabajo			
24. Hijo o hija que deja el hogar			
25. Problemas legales			
26. Logro personal notable			
27. La esposa comienza o deja de trabajar			
28. Comienzo o fin de escolaridad			
29. Cambio en las condiciones de vida			
30. Revisión de hábitos personales			
31. Problemas con el jefe			
32. Cambio de turno o de condiciones laborales			
33. Cambio de residencia			
34. Cambio de colegio			
35. Cambio de actividad de ocio			
36. Cambio de actividad religiosa			
37. Cambio de actividades sociales			
38. Cambio de hábito de dormir			
39. Cambio en el número de reuniones familiares			
40. Cambio de hábitos alimentarios			
41. Vacaciones			
42. Navidades			
43. Leves transgresiones de la ley			

## ANEXO 8: Medidas de autoinforme sobre estado de ánimo y ansiedad

### BDI-II

El siguiente cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido *DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY*. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. *Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.*

#### Grupo 1. Tristeza

0. No me siento triste habitualmente.
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
2. Me siento triste continuamente.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

#### Grupo 2. Pesimismo

0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
2. No espero que las cosas mejoren.
3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

#### Grupo 3. Sentimientos de fracaso.

0. No me siento fracasado
1. He fracasado más de lo que debería.
2. Cuando miro hacia atrás, veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.

#### Grupo 4. Pérdida de Placer

0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

#### Grupo 5. Sentimientos de culpa.

0. No me siento especialmente culpable
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable constantemente.

#### Grupo 6. Sentimientos de castigo

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado
3. Siento que estoy siendo castigado.

#### Grupo 7. Insatisfacción con uno mismo.

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo
1. He perdido confianza en mí mismo
2. Estoy decepcionado conmigo mismo
3. No me gusta.

**Grupo 8. Auto-críticas**

- 0. No me critico o me culpo más que antes.
- 1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2. Critico todos mis defectos.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

**Grupo 9. Pensamientos o deseos de suicidio**

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio
- 1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2. Me gustaría suicidarme
- 3. Me suicidaría si tuviese una oportunidad

**Grupo 10. Llanto**

- 0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2. Lloro por cualquier cosa.
- 3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

**Grupo 11. Agitación**

- 0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

**Grupo 12. Pérdida de interés**

- 0. No he perdido el interés por otras personas o actividades
- 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o actividades
- 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3. Me resulta difícil interesarme en algo.

**Grupo 13. Indecisión.**

- 0. Tomo decisiones más o menos como siempre
- 1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**Grupo 14. Inutilidad**

- 0. No me siento inútil
- 1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2. Me siento inútil en comparación con otras personas
- 3. Me siento completamente inútil.

**Grupo 15 Pérdida de energía**

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

**Grupo 16. Cambios en el patrón de sueño**

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1.
  - a. Duermo algo más de lo habitual.
  - b. Duermo algo menos de lo habitual.
- 2.
  - a. Duermo mucho más de lo habitual.
  - b. Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3.
  - a. Duermo la mayor parte del día.
  - b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**Grupo 17. Irritabilidad**

- 0. No estoy más irritable de lo habitual
- 1. Estoy más irritable de lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3. Estoy irritable continuamente.

**Grupo 18. Cambios en el apetito**

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1.
  - a. Mi apetito es algo menor de lo habitual.
  - b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2.
  - a. Mi apetito es mucho menor de lo habitual.
  - b. Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- 3.
  - a. He perdido completamente el apetito.
  - b. Tengo ganas de comer continuamente.

**Grupo 19. Dificultad de concentración.**

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

**Grupo 20. Cansancio o fatiga**

- 0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

**Grupo 21. Pérdida de interés en el sexo.**

- 0. No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente mi interés por el sexo.

### Escala Edinburg para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica/Número: \_\_\_\_\_

Su Edad: \_\_\_\_\_ Semanas de Embarazo/Edad del Bebé: \_\_\_\_\_

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:  
 Sí, todo el tiempo \_\_\_\_\_ 0  
 Sí, la mayor parte del tiempo ☒ 1  
 No, no muy a menudo \_\_\_\_\_ 2  
 No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:  
 Tanto como siempre he podido hacerlo \_\_\_\_\_ 0  
 No tanto ahora \_\_\_\_\_ 1  
 Sin duda, mucho menos ahora \_\_\_\_\_ 2  
 No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:  
 Tanto como siempre \_\_\_\_\_ 0  
 Algo menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_ 1  
 Definitivamente menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_ 2  
 Prácticamente nunca \_\_\_\_\_ 3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:  
 Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
 Sí, algunas veces \_\_\_\_\_ 2  
 No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
 No, nunca \_\_\_\_\_ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:  
 No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0  
 Casi nada \_\_\_\_\_ 1  
 Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
 Sí, muy a menudo \_\_\_\_\_ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:  
 Sí, bastante \_\_\_\_\_ 3  
 Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
 No, no mucho \_\_\_\_\_ 1  
 No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:  
 Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas \_\_\_\_\_ 3  
 Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera \_\_\_\_\_ 2  
 No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien \_\_\_\_\_ 1  
 No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre \_\_\_\_\_ 0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:  
 Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
 Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
 No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
 No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:  
 Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
 Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 2  
 No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
 No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:  
 Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
 Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 2  
 Ocasionalmente \_\_\_\_\_ 1  
 No, nunca \_\_\_\_\_ 0

10. He pensado en hacerme daño:  
 Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 3  
 A veces \_\_\_\_\_ 2  
 Casi nunca \_\_\_\_\_ 1  
 No, nunca \_\_\_\_\_ 0

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del *British Journal of Psychiatry*, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky.

## Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Scoring & Other Information

### ABOUT THE EPDS

Response categories are scored 0, 1, 2 and 3 according to increased severity of the symptom. Items 3, 5-10 are reverse scored (i.e., 3, 2, 1, and 0). The total score is calculated by adding together the scores for each of the ten items. Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright (which remains with the *British Journal of Psychiatry*) quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was developed to assist primary care health professionals in detecting mothers suffering from postpartum depression (PPD); a distressing disorder more prolonged than the "blues" (which occur in the first week after delivery), but less severe than puerperal psychosis.

Previous studies have shown that PPD affects at least 10 percent of women and that many depressed mothers remain untreated. These mothers may cope with their baby and with household tasks, but their enjoyment of life is seriously affected and it is possible that there are long term effects on the family.

The EPDS was developed at health centers in Livingston and Edinburgh. It consists of 10 short statements. The mother underlines which of the four possible responses is closest to how she has been

feeling during the past week. Most mothers complete the scale without difficulty in less than five minutes.

The validation study showed that mothers who scored above a threshold 12/13 were likely to be suffering from a depressive illness of varying severity. Nevertheless, the EPDS score should not override clinical judgement. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother felt during the previous week, and in doubtful cases it may be usefully repeated after two weeks. The scale will not detect mothers with anxiety neuroses, phobias or personality disorders.

### INSTRUCTIONS FOR USERS

1. The mother is asked to underline the response that comes closest to how she has felt during the previous seven days.
2. All 10 items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others.
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.
5. The EPDS may be used at six to eight weeks to screen postnatal women or during pregnancy. The child health clinic, postpartum check-up or a home visit may provide suitable opportunities for its completion.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. The Spanish version was developed at the University of Iowa based on earlier Spanish versions of the instrument. For further information, please contact Michael W. O'Hara, Department of Psychology, University of Iowa, Iowa City, IA 52245, e-mail: [mikeohara@uiowa.edu](mailto:mikeohara@uiowa.edu).

## **STAI**

Spielberger y Cols., 1970

### **INSTRUCCIONES A-E**

*A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente..*

	0 Nada	1 A lgo	2 Bastante	3 Mucho
1. Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso.	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.	0	1	2	3
13. Estoy desasegado.	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.	0	1	2	3

## ANEXO 9: Medidas de autoinforme sobre el nivel de ajuste

### ESCALA DE INADAPTACIÓN (EI)

Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000

A continuación aparecerán una serie de preguntas respecto a diversas áreas importantes en su vida, elija la opción correspondiente sobre cada una de ellas:

#### TRABAJO/ESTUDIOS

A causa de mi situación actual, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Muy Leve	Leve	Moderado	Grave	Muy grave

#### VIDA SOCIAL

A causa de mi situación actual, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Muy Leve	Leve	Moderado	Grave	Muy grave

#### TIEMPO LIBRE

A causa de mi situación actual, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva...) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Muy Leve	Leve	Moderado	Grave	Muy grave

#### RELACIÓN DE PAREJA

A causa de mi situación actual, mi relación de pareja se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Muy Leve	Leve	Moderado	Grave	Muy grave

#### VIDA FAMILIAR

A causa de mi situación actual, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Muy Leve	Leve	Moderado	Grave	Muy grave

#### ESCALA GLOBAL

A causa de mi situación actual, en conjunto, mi vida se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Muy Leve	Leve	Moderado	Grave	Muy grave



## ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

Mezzich, Cohen y Ruipérez (1999)

**INSTRUCCIONES:** Por favor, indique cuál es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de "mala" a "excelente", marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas:

1. **Bienestar físico** (sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

2. **Bienestar psicológico/emocional** (sentirse bien consigo mismo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

3. **Autocuidado y funcionamiento independiente** (desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

4. **Funcionamiento ocupacional** (desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

5. **Funcionamiento interpersonal** (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

6. **Apoyo social-emocional** (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

7. **Apoyo comunitario y de servicios** (vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

8. **Plenitud personal** (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual, de las artes, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

9. **Plenitud espiritual** (sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia más allá de la vida material ordinaria).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

10. **Percepción global de calidad de vida** (sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

## ANEXO 10: Medidas de autoinforme sobre el funcionamiento social

### ESCALA DE AJUSTE MARITAL

Locke y Wallace, 1959. Adaptada por Carroble.

1.- Considere y elija, marcando la casilla de respuesta correspondiente, el número de la escala incluida a continuación que mejor describa el grado de satisfacción, teniendo en cuenta todas las circunstancias, de su actual matrimonio. El punto medio "FELIZ", representa el grado de felicidad que alcanzan la mayoría de las personas y, desde ese punto, la escala se extiende gradualmente hacia el lado izquierdo ("MUY INFELIZ") para aquellas personas muy insatisfechas o infelices en su matrimonio, y hacia el lado derecho ("COMPLETAMENTE FELIZ") para aquellas que disfrutan de una extrema satisfacción o felicidad conyugal.

Muy Infeliz	Bastante Infeliz	Moderadamente Infeliz	Feliz	Moderadamente Feliz	Bastante Feliz	Completamente Feliz
----------------	---------------------	--------------------------	-------	------------------------	-------------------	------------------------

Reflexione a continuación sobre el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja respecto a las siguientes situaciones. Por favor, señale la columna apropiada y considere todas las cuestiones:

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Ocasionalmente de acuerdo	Ocasionalmente en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo
2.-Administración de las finanzas familiares						
3.-Esparcimiento o distracciones						
4.- Demostraciones de afecto						
5.- Amigos						
6.- Relaciones sexuales						
7.- Convencionalismos (modos y maneras correctos y apropiados).						
8.- Filosofía de la vida						
9.- Modos de tratar a los parientes y familiares.						

### MSPSS

(Zimet, Dahlem y Farley, 1988; Traducción por J.Sanz)

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en qué medida le describen. Para contestar, utilice la siguiente escala:

1= Muy en desacuerdo

2= Bastante en desacuerdo

3= Algo en desacuerdo

4= Ni en desacuerdo ni en acuerdo

5= Algo de acuerdo

6= Bastante de acuerdo

7= Muy de acuerdo

1. Existe una persona especial que está cerca de mí cuando la necesito.	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual puedo compartir alegrías y tristezas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia trata realmente de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos tratan realmente de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	6	7
8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los cuales puedo compartir mis alegrías y mis penas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7